

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Ariel Gustavo Eisemberg

APLICACIÓN DE UN MODELO DE PAGO MIXTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES EN UN CENTRO MÉDICO SINDICAL EN BUSCA DE FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MEJORANDO SU ACCESIBILIDAD, DURACIÓN DE LAS CONSULTAS Y LOS COSTOS DEL SERVICIO

2020

Directora de Tesis: Mg. Ruth Mariel Litmanovich

Co-directora de Tesis: Mg. María Cristina López

Citar como: Eisemberg, A. G. (2020). *Aplicación de un modelo de pago mixto de los honorarios profesionales en un centro médico sindical en busca de fortalecer el primer nivel de atención mejorando su accesibilidad, duración de las consultas y los costos del servicio.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/723>



Índice

Tabla de contenido

Resumen:	4
Introducción	6
Planteamiento del problema que motiva la investigación	9
Hipótesis:	10
Objetivos:	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
Marco teórico	11
El profesional como parte integral de la calidad en salud	11
La puerta de entrada al sistema de salud	15
Midiendo la calidad.....	17
La accesibilidad y duración de la consulta.....	20
El profesional como actor influyente.....	22
Oferta y demanda como condicionantes en salud.....	24
La asimetría de la información y la contratación del profesional	26
La modalidad de pago en el sistema de salud	28
Tarifa por servicio	29
Capitación	30
Pago por salario.....	31
Mixtura en las formas de pago.....	31
Conceptos para el Desarrollo de la investigación:	34
El pago mixto al profesional combinando horas de atención y consultas atendidas	34
La Tasa de consulta	35
Modificando hacia una modalidad de pago mixto por hora y por consulta	36
Mirando hacia el primer nivel de atención	37

El centro médico y los cambios en la gestión	38
Misión – Visión - Valores.....	39
Metodología:	41
Indicadores de accesibilidad	41
Indicador de duración de las consultas médicas.....	42
Indicadores de costos.....	42
Desarrollo	43
El recurso humano	44
Horas profesionales disponibles.....	48
Las consultas médicas	51
Los costos.....	59
Conclusión	64
Discusión	69
El recurso humano	69
Duración de la consulta.....	73
La oferta y demanda como determinantes de la incorporación de horas profesionales.....	76
La eficiencia de la combinación del pago mixto por hora y por consulta	85
Bibliografía:	89

Resumen:

Brindar un servicio de calidad en salud requiere de profesionales adecuadamente capacitados, siendo el primer nivel de atención como puerta de entrada, el que mejor se adapta para alcanzarlo.

Encontrar una modalidad de remuneración médica adecuada permitiría mejorar la accesibilidad al servicio, brindar consultas con duración apropiada y una mayor eficiencia en los costos.

Ante la convocatoria para un cambio en el modelo de gestión de un centro médico sindical de la ciudad de Rosario a partir de enero del 2019, se encontró una carencia de médicos generalistas, pediatras, clínicos y ginecólogos, con una accesibilidad reducida, consultas extremadamente breves y elevados costos por atención.

Esto dio lugar al objetivo general que motiva la investigación de "analizar si la aplicación de un modelo de pago mixto de los honorarios profesionales combinando horas trabajadas y consultas atendidas colabora en el fortalecimiento del primer nivel de atención mejorando la accesibilidad, el tiempo de duración de las consultas y los costos en un centro médico sindical de la ciudad de Rosario en los meses de enero a junio del 2019".

El marco metodológico aplicado fue cuantitativo, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, sobre los cambios obtenidos por un modelo centrado en el fortalecimiento del primer nivel de atención y modificando la forma de remuneración profesional.

La modalidad de pago por prestación fue paulatinamente modificada hacia un pago mixto combinando horas trabajadas y consultas atendidas en las especialidades del primer nivel, en la medida que se incorporaron nuevos médicos y horas de atención.

Se añadieron 16 profesionales y 5 abandonaron el servicio, resultando en un desplazamiento del número de profesionales del primer nivel de atención respecto del resto de los especialistas del 28% al 56%, predominantemente mediante médicos generalistas.

La cantidad de horas de atención se duplicaron y de esta manera se mejoró la accesibilidad para los usuarios del servicio.

La duración de la consulta se modificó adecuadamente según lo estipulado por la bibliografía siendo de 20 minutos en medicina general y 25 para pediatría hacia el mes de Junio.

Los costos por honorarios médicos se redujeron y el valor de la consulta mejoró mediante la nueva modalidad pago sin aplicar aumentos.

De esta manera, el pago mixto combinando las horas trabajadas y consultas atendidas resulta en una herramienta eficiente para mejorar la calidad del servicio permitiendo mayor accesibilidad incorporando horas profesionales, con consultas de duración adecuada y reduciendo los costos del servicio.

Palabras Clave: Modelos de pago médico, Pago mixto, Accesibilidad, Duración de la consulta, Costos por honorarios.

Introducción

Dentro de los gastos en salud, la remuneración del médico tiene una alta relevancia, no solo por considerarse el tercer gasto más grande dentro de los que implica la atención médica (Rudmik, Wranik, & Rudisill-Michaelsen, 2014), sino que a su vez resulta en uno de los principales condicionantes del desempeño profesional.

Tomando como referencia el concepto de calidad adoptado por el programa Ibérico, que la define como la "provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario" (Saturno, 2005), se observa que los profesionales tienen un lugar de privilegio para el cumplimiento de las dimensiones que componen la presente definición, y donde el concepto de la atención primaria de la salud toma un lugar relevante como modelo de gestión tanto desde su consideración como puerta de entrada al servicio, a su adopción como estrategia a aplicar en la prevención y promoción de la salud (Vignolo 2011).

De esa manera, ante la identificación de las dimensiones que componen la definición de calidad adoptada, se desprende el rol preponderante ocupado por el desempeño de los profesionales, donde participan en forma activa para alcanzarla mediante el aporte de su conocimiento que es determinado por su nivel de formación profesional ofreciendo al servicio su saber científico técnico, permitiendo consecuentemente el logro de buenos resultados en la práctica médica mostrando efectividad al momento de analizar los resultados, minimizando los costos del servicio siendo de esa manera eficientes, permitiendo una alta accesibilidad derivando en la satisfacción de los usuarios, con adecuación del servicio permitiendo un seguimiento continuo y longitudinal, y por sobre todo brindando un alto grado de seguridad que minimiza los riesgos para los pacientes y profesionales del equipo (Álvarez, 2007); ("Website," n.d.-a).

Cabe mencionar que el desempeño de los médicos está directamente influenciado por los incentivos que recibe por su labor cotidiana, y esos incentivos tienen su origen en distintas aristas, siendo la económica una de ellas, pero no la única.

El confort laboral, su reconocimiento profesional, el clima de la organización y el desarrollo personal tanto desde el punto de vista profesional como intelectual son otros de los incentivos que influyen en la labor de los profesionales. (Urquiza, 2012)

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se consideró al incentivo económico como referencia y la manera en que éste impacta en el servicio en el cual prestan atención, teniendo una influencia directa sobre la accesibilidad, tiempo de duración de la consulta y los costos del servicio.

De esta manera, encontrar cual es la modalidad de pago a los profesionales que permita un equilibrio adecuado para la obtención de un servicio que no muestre barreras en la accesibilidad y que permita la eficiente asignación de los recursos económicos disponibles, resulta en una herramienta de gestión gerencial de alto valor para poder prestar un servicio de salud de calidad.

Es por este motivo, que el diseño de métodos alternativos y competitivos en las modalidades de remuneración médica, son considerados una prioridad en la política de calidad de las empresas de salud tanto por las implicancias en los costos que genera, como por la satisfacción de sus usuarios (Tobar, 1998).

Está claro que uno de los mayores desafíos que puede plantearse durante la gestión en salud, es lograr brindar una atención de mayor calidad por menos dinero, principalmente basados en una atención centrada en el paciente, permitiéndole una alta accesibilidad estando respaldados por un modelo con fuerte base en la medicina preventiva, siendo eficientes en la asignación de los recursos disponibles, con la mirada puesta en la mejora continua del servicio (CarnotaLauzán et al., 2017)

Haciendo énfasis en el modelo de gestión sobre el cual quiere cimentarse la prestación de un servicio de calidad, uno de los retos clave que se presentan es el de dotar a los sistemas de salud con recursos humanos en número suficiente y adecuadamente capacitados, de forma que sea el lugar donde se puedan resolver la mayoría de los problemas sanitarios que padecen los usuarios del sistema. (Adell, Echevarria, & Borrell Bentz, 2009)

Es la adopción del concepto de la atención primaria de la salud como puerta de entrada la que mayormente se adapta en brindar un servicio accesible a los usuarios, con una duración

adecuada de la consulta médica, reduciendo la desviación de los recursos económicos, de esta manera resulta en una de las vías más eficientes y equitativas para organizar un sistema.

Su implementación exige prestar una mayor atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud considerando el acceso, los factores económicos, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (Macinko, Montenegro, Adell, & Etienne, 2007)

Ante la convocatoria por las autoridades sindicales para un cambio en el modelo de gestión de un centro médico de la ciudad de Rosario a partir del mes de enero del 2019, se procedió a realizar un diagnóstico de situación tomando como punto de referencia las cifras disponibles que permitían la confección de indicadores de gestión.

La modalidad de pago efectuada a los profesionales hasta el momento del cambio de la dirección del centro asistencial era solo mediante un modelo por prestación de servicio, donde los profesionales recibían a modo de salario el importe correspondiente a la sumatoria de las consultas atendidas.

La plantilla de profesionales se encontró predominantemente constituida por médicos especialistas, con una baja presencia de los profesionales referentes a un primer nivel de atención en salud, con una estructura distante de la concerniente a la atención primaria de la salud como puerta de entrada al servicio.

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se procedió como primera medida a llevar a cabo el planteamiento del problema que motiva la investigación junto con la formulación de los objetivos que pretenden ser abordados.

Dentro del marco teórico se expuso la influencia que tienen los profesionales sobre las dimensiones que abarcan el concepto de calidad y cómo intervienen directamente en las mismas, afectando sobre la accesibilidad para la atención, la duración de la consulta médica y los costos del servicio. Se analizaron en forma teórica las distintas modalidades de pago a los profesionales disponibles y posibles combinaciones entre los distintos formatos.

A partir del análisis de los resultados obtenidos, se aplicó en forma práctica los indicadores consignados para el presente estudio de investigación y se analizaron en forma detallada sobre el efecto producido por los cambios originados durante la gestión.

Posteriormente se expresaron las conclusiones a las cuales se arribó, seguidas por el desarrollo de la discusión originada a partir de los resultados obtenidos y esperados en el presente trabajo.

Planteamiento del problema que motiva la investigación

Mediante el análisis de los indicadores que abarcan las dimensiones consideradas para brindar un servicio de calidad en salud según la definición adoptada, se identificaron importantes dificultades relacionadas directamente con la práctica profesional que abarcaban específicamente las dimensiones relacionadas con la accesibilidad al centro asistencial por una carencia de médicos correspondientes al primer nivel de atención, consultas médicas de una duración extremadamente breve y una ineficiente asignación de los recursos económicos.

De esta manera, la puesta en evidencia de un primer nivel de atención relegado, asociado a una importante carencia de profesionales y horas médicas disponibles, mostró una significativa dificultad en la asignación de turnos, junto a una atención extremadamente veloz generando una muy importante barrera en la accesibilidad al centro médico. Esta situación tiene relación directa con la falta de posibilidad de realizar un adecuado seguimiento longitudinal de los usuarios del servicio para ofrecer prevención y promoción en salud.

La distribución de los profesionales presentadas en el cuerpo médico disponible se asoció a una deficiente gestión de turnos con un inmediato acceso a los médicos especialistas sin contar con la contención que podría ser brindada por un adecuado primer nivel de atención.

Por otra parte, la inadecuada asignación de los profesionales se relacionó directamente a una ineficiente asignación de los recursos económicos disponibles teniendo una influencia directa en los costos del servicio.

Con motivo de revertir la situación diagnosticada, surgió la pregunta que motiva la siguiente investigación:

¿Cómo afecta la aplicación de una modalidad de pagos mixtos de los honorarios médicos combinando un monto fijo por hora trabajada, más el correspondiente a las consultas atendidas en la accesibilidad, la duración de la consulta y los costos de un centro médico sindical en una gestión orientada hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención?

Hipótesis:

La aplicación de un modelo de pago mixto de los honorarios profesionales colaboraría para la incorporación de horas médicas y de esta manera en el fortalecimiento del primer nivel de atención mejorando la accesibilidad al centro asistencial, otorgándole a las consultas médicas una duración de tiempo adecuada y permitiría reducir los costos dando un servicio eficiente.

Objetivos:

Objetivo general

Analizar si la aplicación de un modelo de pago mixto de los honorarios profesionales combinando las horas trabajadas y consultas atendidas colabora en el fortalecimiento del primer nivel de atención mejorando la accesibilidad, el tiempo de duración de las consultas y los costos en un centro médico sindical de la ciudad de Rosario en los meses de enero a junio del 2019.

Objetivos específicos

- Evaluar si la modalidad de pago mixto implementada colabora en mejorar la accesibilidad al centro médico mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención.

-Analizar cómo influye en el tiempo de duración de la consulta médica la modificación del modelo de pago hacia una variante que comprenda horas trabajadas y consultas atendidas.

-Determinar si el cambio en la modalidad de pago desde un modelo por consultas médicas hacia uno mixto que combine las horas trabajadas y las consultas atendidas puede repercutir en los costos del servicio.

Marco teórico

Para el desarrollo del marco teórico del presente trabajo de investigación se analizará en primera instancia como interviene el profesional en la calidad del servicio, considerando la importancia de su participación y como su práctica cotidiana puede modificar las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar a la calidad.

Por otra parte se considerará la intervención de los profesionales en el mercado de la salud, teniendo en cuenta su intervención directa en la oferta y la demanda de los servicios, donde la asimetría de la información y las conductas oportunistas juegan un papel preponderante a la hora de la contratación de los servicios médicos.

En última instancia se interpretarán las distintas modalidades de pago existentes y las posibles formas en que estas pueden ser combinadas para mejorar el desempeño de los profesionales a la hora de tomar el incentivo económico como herramienta de gestión del recurso profesional disponible.

El profesional como parte integral de la calidad en salud

La accesibilidad, la duración de la consulta y los costos son parte integral de las dimensiones que componen la atención primaria de la salud como puerta de entrada al servicio y a su vez se constituyen como dimensiones de alta relevancia dentro del concepto de la calidad en salud.

Para comprender el concepto de la calidad en la salud y como el médico ocupa un papel preponderante en el logro de esa meta, se considera indispensable posicionarse desde distintas perspectivas históricas, donde el desempeño de los profesionales y la asignación de los recursos resultan de suma importancia.

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado con el correr del tiempo, dándoles a los profesionales una alta consideración dentro de su conceptualización.

Muy a pesar de considerar que la calidad en salud es una concepción de reciente adquisición, es de destacar que ya en los papiros de Egipto se plantean algunos de los primeros estándares referidos a cómo debe efectuarse la práctica médica.

El tratado de Hipócrates del 500 antes de Cristo marcó las primeras bases éticas y legales relacionadas al desempeño de los profesionales, obligando su cumplimiento por los médicos, manteniendo su vigencia hasta el día de la fecha.

El tratado de Galeno el año 200 después de Cristo es un trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época. El saber médico moldea la definición de la buena vida, es un recurso seguro para conseguir la excelencia y una de las tareas de la medicina. (Rodríguez & Moreno Rodríguez, 2013)

A partir de la revolución industrial, comenzó la producción en serie, que requería la especialización en el trabajo, dejando de lado la participación directa del propietario en la fabricación del producto, esto sumado a un mercado cada vez más exigente y en crecimiento, que requería de la optimización de la competitividad y la necesidad de organizar a las empresas para lograr satisfacer el mercado, y la práctica médica se vio fuertemente influenciada por esta revolución.

En el marco de la aplicación del concepto de calidad surgido en la revolución industrial, marcando la importancia de la intervención del profesional de la salud, se puede tomar como ejemplo en el trabajo en salud de esa época el de Florence Nightingale, madre de la enfermería moderna, que durante la Guerra de Crimea en el año 1854, ella y sus enfermeras llegaron al hospital donde la tasa de mortalidad era del 40%, y luego de aplicar los cuidados básicos y de higiene en el hospital con un ambiente limpio y una dieta adecuada la tasa de mortalidad se redujo a un 2%. (Young, De Smith, Chambi, & Finn, 2011)

A principio del siglo 20 surge una fuerte preocupación por la mejora en la enseñanza de la medicina como sinónimo de calidad, y es el año 1910 donde surge el Informe Flexner, que ponía de manifiesto la falta de estandarización de los estudios de medicina, asociado a una deficiente formación de muchos profesionales. Es como consecuencia que a partir de este informe se cierran numerosas escuelas de Medicina en los Estados Unidos. (Narro-Robles, J. 2004).

En 1918 Codman se encargó de desarrollar un programa estandarización para los hospitales, basado principalmente en aspectos estructurales.

Este fue el cimiento donde se basó la creación de la Joint Commission Accreditation of Health care Organization. ("Calidad y origen de los Modelos de Acreditación," n.d.)

La acreditación de los hospitales estadounidenses por la Joint Commission, resultaba ser sinónimo de calidad y excelencia. Durante la creación del Medicare y Medicaid, la fuerza del proceso de acreditación se vio acentuada, ya que establecía que sólo los hospitales acreditados por la Joint Commission podrían atender a los pacientes afectados por dichos planes.

Lee y Jones en la década del 30, definieron el concepto de la buena atención como la medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado, siendo en este caso la calidad conformidad con las cuales varían según cada sociedad (Fernández Busso, 2008) .

El Instituto de Medicina de Estados Unidos en el año 1972 define como la asistencia médica de calidad aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello (Pérez, 2001).

Avedis Donabedian (Donabedian, 1974) la definió como una propiedad de la atención médica. Se refiere a calidad como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención de acuerdo valores sociales imperantes.

Donabedian (Donabedian, 2005) se refiere al estudio de la calidad según diferentes enfoques, que son divididos en estructura, proceso y resultado, donde el profesional forma parte integral de los recursos humanos disponibles, son responsables del proceso y los resultados del servicio prestado.

. La estructura contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los recursos materiales (tales como instalaciones, equipo y dinero), recursos humanos (tales como el número y las calificaciones del personal) y de la estructura institucional (como la organización del personal médico, métodos para la evaluación de colegas y métodos de reembolsos).

. El proceso contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.

. El resultado comprende los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y poblaciones. (PHAO, 2003)

De esto surge el análisis en tres dimensiones que abarcan la calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.

Donabedian se refiere como el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas relacionadas con todas las partes del proceso de atención, donde propone tres puntos de vista diferentes según quién sea que la define ("Website," n.d.-b):

- Calidad absoluta, es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico técnico. Esta es también llamada calidad científica, técnica o profesional.
- Calidad individualizada, hacer una perspectiva individual, donde el usuario de la atención sanitaria intervendría en las expectativas y valoración sobre costos y beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. En este caso el paciente está implicado en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, en este caso el paciente decide sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y familia decidirán.
- Calidad social, en este caso se valora el beneficio o utilidad para toda una población. Se basa en el modo de distribución del beneficio a toda una comunidad y procurar producir al menor costo social los bienes y servicios más valorados por la sociedad.

Palmer define calidad como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y satisfacción del usuario ("Website," n.d.-c).

La OMS define que la calidad en la "asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando el mejor resultado, con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Según el Programa Ibérico, calidad para la atención es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario (Ortún, 2011).

Luego de este breve repaso sobre la evolución conceptual de la calidad, es posible apreciar que el desempeño de los médicos como profesionales de la salud constituyen uno de los pilares fundamentales para poder brindar un servicio de calidad a los usuarios del servicio, y es en el grado de capacitación mediante su aporte científico técnico, junto con la dedicación prestada a la atención donde se hace énfasis en su compromiso para brindar un servicio de calidad.

La puerta de entrada al sistema de salud

Una de las grandes dificultades que debe gestionarse en salud es la accesibilidad de los usuarios y la entrada al sistema. Por ello resulta indispensable identificar los diferentes niveles que la componen.

Al hablar de los niveles de atención, se hace referencia a una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de salud.

De hecho, la atención primaria de la salud es muy a menudo interpretada como niveles de atención según la forma en que se encuentran organizadas las instituciones, más allá de su conceptualización como estrategia.

De esta manera, según un grado creciente de complejidad es dividida en tres niveles de atención.

Se considera como el primer nivel al más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto que presenta el usuario hacia el sistema de salud. En consecuencia es la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más

frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Así es interpretada como la puerta de entrada al sistema de salud y las especialidades que suelen incluirse son la medicina general, clínica médica, pediatría y ginecología y obstetricia (Etchebarne, 2001)

En el segundo nivel de atención se abarcan otras especialidades médicas, cuya atención resulta ser mucho más específicas en relación a patologías determinadas u órgano - específicas.

Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de la alta tecnología (Vignolo et al., 2011).

De esta manera, los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas, y para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades (OMS, 2008)

Disponer de un primer nivel de atención bien estructurado, con alta disponibilidad de horas de profesionales con competencias científico técnicas idóneas para abordar los problemas de salud aplicando el nivel de conocimientos más avanzados para contener la población, se traduce en una mayor accesibilidad al centro médico, la posibilidad de efectuar un seguimiento longitudinal con alto grado de contención y alta eficiencia en la prestación brindada a los usuarios del sistema maximizando los costos del servicio (Villalba ,2007).

Cabe destacar, que para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contra-referencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles.

Midiendo la calidad

Malagón – Londoño (García, 2014) en su comparación de los errores y fallas que afectan la mala calidad en el sector Industrial Respecto a los servicios de salud refieren, en la industria los errores de calidad se pagan con pérdidas de dinero, mientras que en la segunda lo hace con pérdidas de vida, efecto de gravedad social y moral, implica no sólo el desprestigio definitivo de la institución sino su condena ética y penal.

La mejora de la calidad de los servicios de salud precisa una atención específica, continuada y practicada con una metodología rigurosa que siempre debe venir acompañada por la medición.

Lo que no se mide no se conoce bien, lo que no se conoce no se puede mejorar (Peter Druker) ("Website," n.d.-d), y la mejora conseguida sólo puede tenerse como cierta si se documenta adecuadamente.

Conocer las diferentes dimensiones de la calidad y la forma en que estas pueden ser medidas resultan de suma importancia, más allá que para este trabajo se toma en consideración la accesibilidad al servicio, la duración de la consulta y los costos relacionados a la implementación de una modalidad de pagos mixtos, todas las dimensiones que componen la calidad interaccionan entre sí y la modificación de una o varias de ellas pueden repercutir directamente sobre las otras, de manera que esta situación debe ser tomada en cuenta en toda toma de decisión para una adecuada gestión de los recursos.

De esta manera, debe considerarse para la gestión la búsqueda de una mejora continua de la calidad, y esta puede ser abordada considerando tres enfoques:

- Planificación, anticipándose a los problemas y diseñando los Procesos para conseguir los resultados deseados mediante la monitorización de indicadores válidos, confiables y útiles para identificar si estamos en los niveles de calidad deseados

- Ciclos de mejora sobre problemas identificados en la implementación de los procesos, resultados obtenidos o resultados de la monitorización.

Para el logro de una mejora en la calidad de los servicios prestados, se requiere la identificación de cuáles son las dimensiones que se consideren para tal fin.

A continuación se especifican algunas de las dimensiones que pueden ser tomadas en consideración para la gestión centrada en la atención primaria de la salud, con motivo de efectuar la evaluación de calidad de un servicio prestado en búsqueda de la mejora continua.

La **competencia profesional o calidad científico-técnica** (Gómez Rojas 2015) de la atención es la dimensión central y menos discutible de la calidad. Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios. Significa atender de forma científica y humana las necesidades de salud.

Efectividad (OPS, 2019) es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe.

Eficiencia se define en términos de la relación entre costo y producto es decir, un máximo de efectividad o unidades de producto, dado un determinado costo, o un mínimo coste dadas unas determinadas exigencias de efectividad o unidades de producto

La **accesibilidad** (Pedraza and Costa 2014) puede definirse como la facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales. Esta dimensión no se incluye en todas las definiciones de calidad. No sólo a la obtención de servicios iniciales o contacto principal con el sistema de salud, sino también a la existencia o inexistencia de barreras organizativas, culturales o de otro tipo una vez que se ha accedido al sistema de salud.

La **satisfacción** (Saturno Hernández, 2015) puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

La **adecuación** es otra de las dimensiones mencionadas con frecuencia, pero de la que no existe una definición operativa uniforme. La adecuación es la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente; es decir, adecuado es entendido como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para el problema concreto que es atendido

Se entiende por **Continuidad** a la medida en que la atención necesaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada.

La **Seguridad** es la medida en que los servicios de salud pueden ser la causa directa de daño evitable en el paciente. De ahí la definición inicial de la seguridad como la "ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone puede ser beneficiosa" o la "ausencia de daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria" (OMS, 2008).

La aplicación de las dimensiones en calidad pueden abordarse en forma global, es decir para toda una institución de salud, tanto pública como privada, pero también en cada servicio en forma particular puede adoptar su propia definición de calidad y determinar sus propias dimensiones.

Son muchos los servicios diferentes que ofrece cualquier establecimiento sanitario y es necesario traducir estas dimensiones generales a requisitos concretos para cada servicio, problema de salud o tipo de paciente, de forma que podamos valorar si es o no de calidad. La definición de calidad, de esta forma, es diferente y peculiar para cada servicio.

Si bien la atención primaria de la salud en su concepto integral como puerta de entrada al sistema o como estrategia de salud presenta implícita a la calidad en su definición, cada uno de los servicios puede aplicar su propia definición, siempre que abarquen en su confección los conceptos requeridos que implican la accesibilidad, la eficiencia y la equidad.

Otro concepto que resulta indispensable considerar es el de cliente interno (MilinaGarduza et al., 2012), en que cada servicio requiere de otro para poder llevar adelante su actividad.

Un cliente interno sería aquél que recibe servicios de otros elementos del sistema (radiografías, análisis, servicios administrativos, etc.), y su satisfacción a la hora de definir la calidad de ese servicio interno es tan importante como para la definición de la calidad de los servicios externos.

Finalmente, ante cualquier definición que decidamos adoptar, esta explicita una serie de dimensiones que nos dan pistas de hacia dónde mirar para valorar si hay o no calidad en los servicios que se van a valorar y de allí también considerar el desempeño de los profesionales participantes de la conformación de la planta médica en cuestión.

La accesibilidad y duración de la consulta

Como fuera presentado en el apartado anterior, las dimensiones que comprometen la calidad del servicio interactúan entre sí, y ante la modificación de alguna de ellas, se inducen tanto en forma directa como indirecta modificaciones sobre las otras.

Para poder brindar un servicio acorde a las necesidades y los requerimientos de los usuarios deben tenerse en cuenta los recursos disponibles.

La disponibilidad define los recursos existentes en función de la población a servir, siendo esto de alta relevancia para considerar la accesibilidad al servicio. El análisis de disponibilidad debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio.

Los indicadores de disponibilidad nos hablan del número de recursos tomando en consideración las horas médicas disponibles, el plantel médico, y en el caso de considerar una institución del segundo o tercer nivel el número de camas disponibles.

Además de la disponibilidad de los recursos, se requiere que estos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos.

La accesibilidad entonces está íntimamente relacionada con la disponibilidad, a pesar de ser conceptos distintos. (Cabañas R., 1994)

En el concepto de accesibilidad se distinguen dimensiones de orden geográfica que consideran en función del tiempo necesario para obtener la asistencia de salud utilizando los medios habituales de transporte, organizacional donde son considerados los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud, las barreras de origen sociocultural y las de índole económica. (Henrique & Calvo, 2008)

La accesibilidad toma elevada trascendencia dentro del concepto de la atención primaria de la salud, donde su principal propósito es cubrir las necesidades de los usuarios del sistema, y son identificadas las distintas barreras que pueden interferir dentro de la accesibilidad. (Henrique and Calvo 2008)

Las barreras económicas miden el impacto que genera el gasto para una familia por tener que adquirir medicamentos, o bien cubrir el costo del traslado a la clínica. Una segunda

manera de medirlo es a través del efecto del gasto en salud por un peso adicional que se realice en salud.

Las barreras geográficas y territoriales están vinculadas directamente con las condiciones espaciales como son las distancias de los centros de salud, que exista infraestructura vial, transporte con horarios adecuados, etc.

Por su parte, las cuestiones culturales, son las creencias respecto a la salud, las costumbres, y la visión que tienen respecto a la enfermedad y la muerte, lo que da la pauta para la toma de decisiones ante una eventualidad o una enfermedad.

Las barreras culturales, centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso, es decir, el entendimiento es diferenciado y puede ser una barrera si el personal médico es mestizo y la comunidad son indígenas, la cosmovisión de la enfermedad, de la muerte, las costumbres, sus normas, e incluso el lenguaje, son elementos que interactúan y pueden ser barreras limitantes.

Finalmente se consideran las barreras administrativas, siendo estas sobre la que se realizará el principal enfoque durante el presente trabajo de investigación, que son aquellas presentadas por la dificultad de la organización misma, esto es, por los horarios de atención, la disponibilidad de profesionales y de turnos disponibles para la atención.(Sánchez-Torres; 2017)

Para considerar a la accesibilidad, señalan Arredondo y Meléndez (Arredondo & Meléndez, 1992),se conjuntan dos vertientes: por un lado la oferta brindada por los proveedores de servicio de salud y, por otro, la demanda de la población que requiere servicios de salud.

Ambas convergen en el proceso de atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes, donde el proceso de atención médica se concibe como dos cadenas de actividades y sucesos en donde participan el otorgante de atención médica y el usuario.

Las actividades del proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad percibida como una alteración de la salud, la cual está determinada por variables de carácter social y psicosocial, dependiendo del entorno del individuo.

Cabe aclarar que la oferta de los servicios de salud induce la demanda por un servicio a partir de una necesidad percibida, ya sea por la población o por el usuario.

Para este trabajo de investigación se toma como referencia las barreras en la accesibilidad originadas por las dificultades propias de la organización tomando como referencia la disponibilidad de profesionales pertenecientes al primer nivel de atención y la disponibilidad

horaria presentada, pudiendo ofrecer una cobertura adecuada a la demanda por parte de los usuarios y brindando un servicio eficiente mediante la contención de los costos originados tanto por la modalidad de pago de los profesionales como por la prescripción originada por los mismos.

De esta manera, mejorar la accesibilidad al centro asistencial mediante un cambio en la plantilla profesional incorporando médicos en base al concepto de atención primaria de la salud como puerta de entrada tiene su influencia directa en la competencia profesional, permite una mayor eficiencia en la asignación de los recursos, y ante una adecuación de la modalidad de pago de los honorarios profesionales permite una mayor duración y dedicación en la consulta.

La decisión acerca de cuánto tiempo el profesional de la salud estará cara a cara con el paciente resulta vital no sólo para programar la agenda de turnos sino también para garantizar la calidad de atención médica. Un turno demasiado corto ha sido descrito, entre otras cosas, como uno de los factores que impide la realización de una buena promoción de la salud.(Outomuro & Actis, 2013)

Más allá de considerar la duración de la consulta también se tiene en cuenta el criterio técnico mediante el uso adecuado de la ciencia y de la tecnología, con maximización de los beneficios y minimización de los riesgos, la relación interpersonal con una alta llegada a la promoción y prevención en salud, esto sumado al criterio utilizado en la distribución y utilización racional de los recursos impactando directamente en los costos. (Outomuro & Actis, 2013)

El profesional como actor influyente

Son diferentes los actores que participan en la arena del sistema asistencial, donde el profesional toma una alta relevancia en el acceso, duración de la consulta y los costos del servicio.

Básicamente podemos identificar tres actores principales participantes que incluyen (Camargo García et al., 2016):

-al usuario de los servicios de salud, mal conocido como paciente interpretado sólo como el objeto de las bondades y la sabiduría del profesional, adjudicando erróneamente un rol pasivo, siendo portador de necesidades e intereses

-el ente financiador responsable encargado de la gerencia y administración en la asignación de los recursos económicos

-el proveedor del servicio representado por el médico como intermediario, cuya actividad estaría basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio.

No debe dejarse de lado el papel preponderante ocupado por la industria asociada a la salud como grupo de poder que tiene influencia directa sobre los tres actores previamente citados, mediante la incitación al consumo, prescripción por parte de los profesionales y alto poder de negociación con los entes financiadores.

Cada uno de los actores participantes se encuentra en gran medida determinados por la diferencia o la concordancia de los intereses que persiguen.

En el caso particular de los profesionales de la salud, la modalidad del pago de los honorarios médicos afecta en forma directa el desempeño profesional y de esta manera su función dentro de la ecuación planteada como partícipe clave de este conjunto de actores que intervienen, teniendo influencia directa en la calidad del servicio ofrecido.

El profesional de la salud resulta en un actor clave en el logro de la misión y visión planteadas y constituye una herramienta de alto valor en alcanzar resultados favorables en las dimensiones que constituyen la calidad.

Mediante su práctica cotidiana generan una mayor o menor accesibilidad al centro asistencial según su presencia o no en el lugar de trabajo o poniendo límites en la cantidad de pacientes a ser atendidos.

Determinan en gran medida la duración de la consulta, que según la modalidad de pago es el tiempo que le atribuyen a la misma.

Pueden ser actores de alta importancia en la asignación de los recursos económicos repercutiendo en forma directa en los costos mediante la forma en que desarrollan su práctica profesional.

Oferta y demanda como condicionantes en salud

La economía como Ciencia Social nos permite comprender que los recursos son escasos y que deben ser correctamente administrados para poder satisfacer las necesidades.

La economía de la salud se constituye en un instrumento indispensable para una adecuada gestión sanitaria y la asignación de los recursos, permitiendo orientar la toma de decisiones para buscar alternativas eficientes y racionales dentro del conjunto de actividades de los servicios y las diferentes tecnologías.(Herrera et al., 2002)

Comprender algunos de los conceptos que rigen la oferta y demanda resultan indispensables para poder comprender cómo las leyes de mercado pueden afectar a las prestaciones en salud, y al desempeño de los profesionales.

El mercado es una institución social en la que se intercambian bienes y servicios, así como factores productivos. En él, los demandantes y los oferentes de un bien o servicio lo comercializan libremente, en tanto este es un mecanismo de asignación de recursos donde ambos, los demandantes y los oferentes aceptan el precio de un bien o servicio para realizar el intercambio (Ortún V., 1990)

La oferta y demanda de cualquier bien o servicio constituyen las condiciones básicas que determinan la estructura del mercado, la conducta de los agentes que intervienen y los resultados a los que se llega.

El mercado de la salud está condicionado en gran medida por la oferta de servicios y su demanda, de manera que los sistemas de salud se constituyen a través de un conjunto de relaciones estructuradas entre la demanda, constituida por la población con características especiales que enfrentan necesidades sanitarias y por lo tanto demandan servicios sanitarios y la oferta compuesta por instituciones públicas y privadas como la respuesta social organizada para satisfacer dicha demanda (Temporelli 2009).

Mientras que en gran parte de los análisis de demanda de bienes y servicios los cambios en los gustos se consideran constantes, en el caso de la atención médica, esta simplificación no siempre es válida por la existencia constante de cambios en la tecnología, nuevos descubrimientos y terapias alternativas.

En los mercados de servicios de salud, el modelo de la competencia perfecta no funciona dados los fallos del mercado que por razones de eficiencia, equidad y justicia social obligan la intervención del estado al ser considerada un bien tutelar, también conocido como meritorio o preferente. Los bienes tutelares son aquellos bienes o servicios que resultan importantes para el país que su consumo debe ser protegido (Ortún V., 1990)

Arrow (1963) plantea la incertidumbre respecto a la ocurrencia de la enfermedad, lo que condiciona la formación de la demanda por servicios de salud y da lugar a mercados contingentes; por otro lado, hay incertidumbre respecto a la eficacia del tratamiento, lo que sugiere falta de certeza sobre los resultados de los servicios y que la demanda no está orientada por la utilidad de los mismos.

La naturaleza de la demanda de servicios médicos está basada en acontecimientos irregulares e impredecibles, así que los servicios médicos solo confieren satisfacción ante el advenimiento de enfermedad, la cual representa una ruptura en el curso normal.

Los servicios de salud están caracterizados por el papel del médico en la medida en que este busca resolver necesidades de las personas por la ocurrencia de enfermedades.

Este hecho le otorga al médico dos distinciones especiales sobre su comportamiento esperado: por un lado, la confianza adquiere gran importancia en la relación médico-paciente, así que entre ambos agentes se configura una relación que no parece mediada por el dinero; y, por otro, se generan restricciones morales que impone la sociedad para el ejercicio de la medicina, en particular la aversión al ánimo de lucro en la oferta de servicios.

Predomina la incertidumbre respecto al resultado del tratamiento médico. Arrow destaca que la recuperación de una enfermedad es tan impredecible como su ocurrencia (Restrepo, J., & Rojas, K., 2016).

El médico ocupa un lugar preponderante en el mercado de la salud, por una parte como prestador de servicios y por otra como cliente interno.

El profesional constituye un actor determinante de la oferta y la demanda influenciando en forma directa en la accesibilidad al servicio, la disponibilidad de horas médicas y tiempo

asignado a la duración de la consulta y los costos atribuidos a la asignación de los recursos económicos.

Es importante destacar la existencia de variabilidad en la práctica médica, que puede verse afectada por las preferencias por tratamientos alternativos a partir de cuestiones subjetivas difíciles de explicar desde la racionalidad económica (Larma, 2003).

En gran medida, las decisiones referidas al tipo y la cantidad de consumo sanitario son tomadas por el médico y no por el paciente, y el sistema financiador debe responder a la demanda generada (Temporelli 2004).

La asimetría de la información y la contratación del profesional

Se entiende por un contrato al acuerdo de voluntades para ambas partes, en el que se especifican las obligaciones de una y el deber de la otra, con el propósito de cubrir una labor específica o cualquier contingencia derivada de la relación contractual, y en particular se incluye el mecanismo de pago de los honorarios con el que retribuye el servicio prestado.

De esta manera, al considerar una relación de contratación, una parte es la que contrata, recibiendo el nombre de principal, y la otra es la que le presta los servicios asistenciales que éste requiere, llamada agente. El objetivo del contrato es que el agente realice una acción que beneficie al principal. (Plata, 2010)

En el caso de la contratación en salud, el equipo de médicos es contratado para atender a los usuarios de la prestadora de salud. El contrato firmado entre ambas partes especificará la modalidad de pago de honorarios que el principal efectuará al agente.

Suponiendo que quien diseña el contrato siempre es el principal y que tras hacerlo, se lo ofrece al agente, se supondría que el principal tiene todo el poder de negociación. Él decide los términos del eventual acuerdo, mientras que la decisión del agente se refiere sólo a si acepta o no el cargo ofrecido.(Maceira& Urrutia, 2013)

Según este planteo simplificado, resultaría en una situación en la que:

- El principal diseña el contrato que ofrecerá el agente (médico).
- El agente acepta el contrato si ello le conviene

- El agente realiza una acción o esfuerzo para el principal.

Más allá de esta mirada simplista y a su vez reduccionista de la complejidad de la contratación en salud, resulta evidente que las prestadoras de salud presentan altas dificultades para evaluar y controlar el desempeño de los médicos frente al estado real de salud de sus pacientes, quienes a su vez no resultan ajenos, sino que son partícipes directos del resultado del desarrollo de la contratación.

De esta manera resulta complejo el equilibrio planteado en la contratación en salud, donde cada uno de los actores participantes presenta una determinada información que tratarán de usar a su favor.

Existe información asimétrica en las que un participante sabe algo que el otro desconoce.

Esta complejidad en el sistema de contratación trae aparejado la aparición del riesgo moral y selección adversa (Oro, n.d.).

El riesgo moral corresponde a un comportamiento oportunista en donde una de las partes busca su propio beneficio a costa de que la otra no pueda observar o estar informada de su conducta, y en el caso del médico la disponibilidad de información asimétrica se constituye en un factor determinante de la aparición del mismo.

En las situaciones con riesgo moral los participantes disponen de la misma información, en el momento de firmar el contrato. La información asimétrica se deriva del hecho de que una vez establecido el vínculo, el principal no puede verificar o no puede observar la acción o el esfuerzo que el agente realiza, o no tiene mecanismos que le permitan controlar perfectamente esta acción.

El riesgo moral es un oportunismo post contractual, que no consiste solamente en esconder información sino esconde acción. El hecho de que una persona esté asegurada puede hacer que su comportamiento sea más despreocupado y que la indemnización que reclame en caso de incidente sea mayor. (Ortún V., 1990)

Por otra parte, cuando el agente dispone de información que no posee el principal antes del inicio de la relación contractual, se favorece a la aparición de la selección adversa, ya que el

principal contrata a un profesional que puede disponer de información previa que puede ser utilizada para su favor, aprovechándose de la asimetría en la información disponible.(Oro, n.d.)

Es a partir de esta situación planteada que la modalidad de pago de honorarios adoptada en el contrato del sistema de salud se relaciona directamente con el desempeño de los profesionales que ante la asimetría de la información disponible modifican su conducta en la práctica médica cotidiana, abarcando desde el tiempo de permanencia en el servicio, la cantidad de tiempo asignada a la consulta médica, e influye directamente en la asignación de los recursos económicos de la institución.

La modalidad de pago en el sistema de salud

Es comúnmente aceptado que el método de pago adoptado influye directamente en el desempeño de los profesionales, afectando la accesibilidad al servicio, disponibilidad horaria y duración de la consulta. Es por este motivo que las políticas de gestión dirigidas a la determinación del mecanismo de remuneración de los médicos, contribuyen significativamente a la eficiencia de la prestación de servicio.

De esta manera, en respuesta a la modalidad de pago implementada para los médicos, puede resultar que estos animen a los pacientes a utilizar más sus servicios, para de esa manera mantener o aumentar sus ingresos generando una recitación desmedida para la consulta médica, o por el contrario ante los profesionales que perciben un ingreso de dinero fijo, pueden generar una barrera a la accesibilidad al servicio por limitar el número de las consultas médicas, dado que sus honorarios no son modificados por la demanda o servicio prestado, no ejerciendo ningún impacto en su remuneración (Gosden et al., 1999).

Las modalidades de pago de los honorarios profesionales pueden basarse en modelos de pago puro, ya sea por la cantidad de pacientes atendidos, la disponibilidad del médico de una cartera fija por la cual cobra por su servicio, o el cobro de una remuneración mensual fija (Yuan et al., 2017).

Según la modalidad de pago de honorarios médicos aplicados se diferencian tres formas puras en la liquidación por sus servicios, distinguiéndose:

-tarifa por servicio

-capitación

-salario.

Tarifa por servicio

El sistema de pago por medio de tarifa por servicio, se basa en la recompensa del proveedor en base a "artículo por servicio proporcionado", de esta manera los ingresos de los médicos están directamente relacionados con la cantidad de servicios de atención médica prestados (Buglioli et al., 2002).

Esta modalidad de pago crea un incentivo para realizar una gran cantidad de actividades de atención médica tanto consultas como prácticas de consultorio, siendo que el incentivo que encuentra el profesional para lograr su remuneración que se vincula directamente con la cantidad de consultas que realizan, incitando a una atención más veloz junto a una alta recitación de los pacientes ya que esta práctica es tomada como variable de ajuste para los ingresos mensuales obtenidos.

Por otra parte son un hecho bien reconocido los riesgos financieros que se encuentran asociados con grandes volúmenes de consultas médicas generadas por esta modalidad de pago profesional, dado que no es solo el pago de la consulta médica lo que acompaña este riesgo, sino que junto a esta actividad se deben incluir la demanda generada por el exceso en la indicación de métodos de diagnósticos complementarios, muchos de ellos de alto costo que incluso carecen de una correcta evaluación de las tecnologías sanitarias, cuya cobertura y pago recaen en el sistema de salud, quien debe afrontar no solo el pago de la consulta médica, sino que una demanda cada vez más creciente de estudios de alto costo que ponen en jaque la disponibilidad de recursos para afrontarlos junto a los riesgos en la seguridad del paciente a quien va dirigido.

Se deja de lado que no son considerados en este apartado los incentivos propios de la industria farmacéutica y tecnológica que influyen en la prescripción profesional, repercutiendo también en forma directa en la demanda profesional de tecnologías sanitarias, situación que tiene un impacto de alta relevancia en la relación de agencia por la elevada asimetría de la información que se presenta tanto en el médico como la industria(Figueiras, Caamaño, & Gestal Otero, 1997).

Devlin y Sarma (Devlin&Sarma, 2008) proponen que la remuneración por prestación tiende a aumentar el gasto en atención de salud, principalmente debido a una mayor cantidad de atención brindada por los médicos y mayores costos administrativos.

Capitación

La modalidad planteada bajo el sistema de capitación, ofrece a los profesionales el pago de los honorarios médicos considerando un número determinado de pacientes a su cargo durante un período de tiempo determinado.

En esta modalidad de prestación de servicio, los profesionales participantes deben prestar tareas tanto de carácter asistencial como también de promoción de la salud del grupo de pacientes a su cargo.

Dado que el volumen de dinero a percibir se corresponde con el número de personas pertenecientes a la cápita en cuestión, el incentivo planteado ante este modelo es aumentar el número de pacientes disponibles para su cartera en la práctica clínica (Rudmik et al., 2014).

En esta modalidad no se constituye en una necesidad para el profesional la recitación de los pacientes ya que esto no producirá ninguna modificación en los honorarios a percibir, y la tendencia es hacia una clara sub prestación de las prácticas médicas incluidas ya en el convenio del profesional.

Bajo este concepto, la regulación económica de los costos que esto plantea es que no existiría un incentivo directo para aumentar la cantidad de consultas médicas y la demanda de estudios complementarios generados por estas. De esta manera, no se manifiesta un incentivo para la atención médica ya que esto no impactaría con cambios en los honorarios a percibir por el profesional.

Por lo tanto, la motivación encontrada en la capitación es aceptar pacientes relativamente sanos y rechazar (rascar con crema) o referir (descargar) a los pacientes relativamente menos sanos, ya que requerirán una mayor cantidad de atención médica por igual monto a percibir.

Un estudio noruego realizado por Iversen y Luras demostró que cuando los salarios se cambiaban de pagos por prestación a pagos basados en capitación, los médicos aumentaban la

derivación de pacientes a clínicas privadas por servicios que podrían haber sido prestados por el médico remitente.

Así, los médicos a los que se les paga por capitación tienen más motivación para que los pacientes sean menos dependientes de la estructura de la atención formal.

Pago por salario

En el sistema de pago por salario, el profesional recibe una remuneración mensual determinada por el conjunto de actividades que realice durante un período de tiempo determinado.

De esta forma, el profesional alquila su tiempo, si es que se tratan de contratos de dedicación parcial, o alquila su título cuando se trata de contratos de dedicación full time (Halvorsen, Steinert, & Aaraas, 2012).

Las variables que determinan el volumen de sus ingresos están dadas por la carga horaria disponible y en algunas ocasiones por el rango jerárquico asumido dentro de la organización.

En este caso la atención del paciente no afecta directamente el pago del médico puesto que este último recibirá su sueldo tanto atendiendo un número determinado de pacientes, o incluso percibirá sus haberes aún cuando ningún paciente concurra al servicio.

Mixtura en las formas de pago

Las formas de pago clásicas planteadas no resultan excluyentes de la adopción de otras modalidades donde se combinen en forma equilibrada en la búsqueda de obtener una atención de calidad.

En un intento por lograr un mejor desempeño en el trabajo profesional, optimizando los costos y logrando un servicio de mayor calidad es que en muchas ocasiones estas formas puras de pago son modificadas mediante la aplicación de mixturas que las combinan en forma variable, con el agregado en ocasiones de incentivos económicos según el desempeño del profesional (Abelsen&Olsen, 2015).

Dado que cada uno tiene fortalezas y debilidades, se han implementado combinaciones de los tres sistemas para potenciar las bondades de cada método y contrarrestar las dificultades que conllevan.

Es así que cualquiera sea la modalidad de pago que se adopte, la dificultad mayor estriba en alcanzar un equilibrio que garantice el bienestar de los actores involucrados, lo cual en los hechos resulta extremadamente difícil.

Existen distintas variantes de mixtura en la modalidad de pago a los profesionales, donde las clásicamente aplicadas incluyen:

- a) salario y prestación pactada
- b) salario y prestación con techo fijo y a partir del máximo de facturación se aplica un descuento sobre la facturación
- c) pago por acto médico a entidades grupales de profesionales que luego reparten entre ellos la remuneración recibida (Hurtado Hoyo et al, 2009).

La combinación del pago por salario con el correspondiente por acto, es la opción por una remuneración compuesta en la cual una parte es el salario y otra parte por acto médico.

Esta modalidad de pago mixto presenta la ventaja de estabilidad en los ingresos del profesional, desestimulando la sobre prestación de prácticas de alto costo o de baja efectividad, alentando la prescripción de tecnologías eficientes y de seguridad para el paciente comprobada.

Ante la aplicación de la metodología de pago por acto médico con techos individuales, a los prestadores se les aplica un techo en el monto a facturar, generando un techo en el gasto asistencial.

La metodología consiste en fijar un tope sobre el total de pagos a todos los profesionales. En este caso el control de los gastos constituye una amenaza para los médicos (Tobar, 1998).

La forma por acto médico a entidades grupales de profesionales, es el caso en que una agrupación que nuclea a los profesionales se constituye como la encargada de llevar a cabo el

cobro a los financiadores con la posterior redistribución de los honorarios profesionales actuando como instancia media, asegurando al médico el cobro por su prestación. (Hurtado Hoyo et al, 2009)

Sin duda, a lo largo de los años los tres mecanismos de pago mixto descritos han sido objeto de muy diversas críticas y defensas generadas por los diferentes niveles de satisfacción de parte de los actores involucrados que abarcan a los usuarios, profesionales y financiadores. Esta situación resulta en la necesidad de incorporar nuevas modalidades de pagos mixtos donde la aplicación del cobro de un monto fijo se asocie a un elemento variable relacionado a la buena práctica, la productividad o sea ajustada al riesgo (Bugioli, 2002).

Resulta de utilidad en el planteo de una modalidad de pago mixta la aplicación de un componente prospectivo, es decir, una parte inicial representado en un monto fijo a definir y un componente retrospectivo, que constituye un reembolso marginal como un pago de tarifa por servicio de un valor reducido y así ante la combinación de estos dos componentes se puede proporcionar los incentivos correctos. (Canadian health services research foundation, 2011)

De esta manera, el profesional percibe un monto de dinero fijo por el servicio prestado y siente el incentivo de atraer a los pacientes para su atención, pero con la limitante de un tope generado por el menor valor a percibir en la medida de alistar un mayor número de pacientes.

Como consecuencia el profesional cuenta con la seguridad de percibir un monto fijo de dinero a cobrar y siente la necesidad de captar pacientes para su atención, pero llegada una cantidad determinada de pacientes a atender, la seducción de atraer mayor cantidad de pacientes se ve opacada por una reducción en el valor a percibir dado el reducido valor otorgado a la práctica médica.

Conceptos para el Desarrollo de la investigación:

Para llevar a cabo el desarrollo del presente estudio de investigación, se tomó en cuenta como interviene en forma teórica la aplicación de una modalidad de pagos mixtos combinando las horas de atención y las consultas médicas, considerando su efecto sobre el desempeño profesional, permitiendo una mayor accesibilidad al servicio y mejorando los costos originados por el pago de los honorarios, permitiendo obtener un primer nivel de atención capaz de contener la demanda de los usuarios del servicio.

Por otra parte se consideró el centro médico sobre el cual se aplicaron las modificaciones y la manera en que fueron ajustándose según los requerimientos del servicio, considerando la misión y visión planteadas para obtener un servicio de calidad sustentado en la atención primaria de la salud como puerta de entrada.

El pago mixto al profesional combinando horas de atención y consultas atendidas

Ante la combinación de un pago por hora de atención médica más consultas atendidas, el profesional cuenta con el estímulo de permanecer en la institución por cobrar un monto fijo por la cantidad de tiempo que se encuentra dentro del centro asistencial, actuando a modo de salario mínimo a percibir.

A pesar de constituir una base remunerativa, la consideración del tiempo de permanencia presentará la variabilidad atribuible a la cantidad de horas realmente prestadas para la atención mensual en la institución, de manera que ante la ausencia del trabajador originada por cualquier motivo que fuere, esta repercutirá en forma directa sobre el salario neto a percibir.

Por otra parte, se determina un monto de dinero fijo por consulta médica atendida, que a pesar de ser reducido, actúa de manera similar a lo ocurrido en el sistema de pago por prestación, que sumado al salario obtenido por las horas asistenciales, estimularán el deseo de incorporar pacientes a su grilla médica, pero diferenciándose de la forma prestacional por encontrar un techo en la cantidad de pacientes a atender, que será determinado por un punto de equilibrio estipulado entre ambas modalidades, ya que una vez superada esa cantidad de consultas deja de mostrar un atractivo económico engrosar la lista de pacientes.

Tras la búsqueda de bibliografía ajustada a la modalidad de pago mixto planteada en el presente apartado, no se encontraron estudios pertinentes que muestren resultados obtenidos tras su aplicación, y es por este motivo que a continuación se presentara un análisis de propia autoría sobre los efectos esperados en forma teórica ante la aplicación de la mixtura propuesta.

La Tasa de consulta

La tasa de consulta constituye un indicador versátil para llevar a cabo una adecuada gestión de la práctica profesional ya que permite visualizar de manera sencilla y práctica el desempeño de los médicos, permitiendo determinar la cantidad de pacientes propuestos para ser atendidos en el plazo de una hora de reloj.

El cálculo matemático al cual se hace referencia para el planteo del indicador en cuestión es:

$$\text{Número de pacientes} / \text{horas trabajadas}$$

Una tasa de consulta con un valor de 3 pacientes atendidos en una hora, según la bibliografía consultada, resulta en una cantidad adecuada, ya que el profesional estaría aportando por cada consulta un tiempo estimativo de 20 minutos, otorgándole posibilidad de escuchar al paciente durante la anamnesis, efectuar un examen físico adecuado, disminuyendo el pedido de estudios complementarios.

De esta forma, uno de los principales determinantes a tomar en consideración para llevar a la práctica la modificación de la modalidad de pago por prestación hacia un modelo mixto que comprenda las horas trabajadas y consultas atendidas, es estipular la cantidad de pacientes que la gestión se propone como meta de la misión y visión planteados, para su atención durante una hora de reloj, tomando como valor de referencia el indicador de la tasa de consulta considerado oportuno para brindar un servicio de calidad.

De esta manera, considerando cuantos pacientes se proponen sean atendidos por hora por profesional, se podrá determinar el valor propuesto para el pago de la hora y por usuario atendido.

Modificando hacia una modalidad de pago mixto por hora y por consulta

En el presente trabajo de investigación se planteó una modificación en la modalidad de pago a los profesionales del primer nivel de atención y cardiología, pasando de un modelo por prestación hacia una forma mixta que comprenda horas trabajadas y pacientes atendidos considerando una tasa de 3 consultas por hora.

Para estipular de forma adecuada los valores atribuibles a la hora de atención y la consulta médica originados en la transición planteada se confeccionó la siguiente fórmula:

$$(\text{Valor consultas por prestación} \times 3) / 5 = Y$$

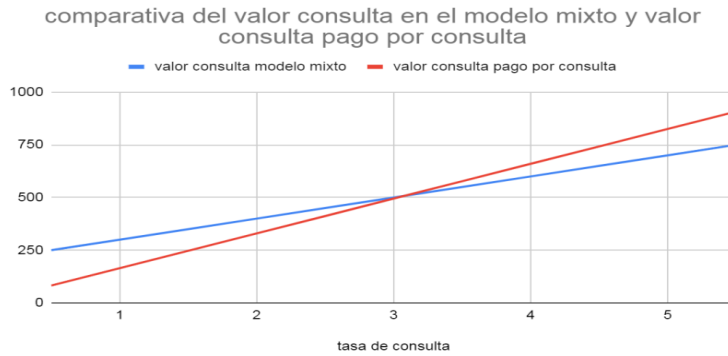
$$\text{Valor de la hora de atención} = Y \times 2 \quad \text{Valor de la consulta} = Y$$

De esta manera, las cifras obtenidas mediante la aplicación del cálculo matemático toman en consideración el valor de la consulta en el sistema de cobro por prestación a razón del monto que el profesional estaría percibiendo por atender 3 consultas durante una hora.

Ante la división por 5 del valor obtenido por la sumatoria del monto por atender 3 consultas durante una hora en la modalidad de pago por prestación, se estaría atribuyendo las dos quintas partes al valor de la hora médica y a cada consulta atendida una quinta parte.

De esta manera al ser atendidos 3 pacientes en una hora, ambas modalidades de pago coinciden en los honorarios médicos, constituyéndose en el punto de equilibrio para la comparativa entre ambas.

A continuación se plantea gráficamente el comportamiento por la aplicación de la presente modalidad de pago en relación a la que es originada mediante el pago por prestación.



Fuente de elaboración propia

Del análisis de la curva presentada anteriormente, resulta evidente al considerar el pago por prestación, que el aumento de los honorarios a percibir está directamente relacionado a la cantidad de consultas médicas atendidas en una hora.

En forma diferencial, los médicos que pactan sus honorarios mediante un formato de pago mixto, el profesional que atienda un número de consultas menor a 3 pacientes en una hora, estará recibiendo en forma comparativa respecto al pago por prestación un valor mayor por la consulta médica atendida, situación que se encuentra motivada por el monto fijo que implica la hora de atención.

Por el contrario, en el momento que se supere el valor de 3 consultas en la hora, el monto a percibir será menor al correspondiente al pago por prestación, desmotivando el deseo de incorporar un mayor número de pacientes a su grilla horaria.

Mirando hacia el primer nivel de atención

Para optimizar el servicio con una mirada centrada en la calidad en salud resulta indispensable el planteo del horizonte hacia el cual se desea mirar.

Tal como fuera planteado en el marco teórico del presente trabajo de investigación, los profesionales que componen el primer nivel de atención resultan como recurso humano indispensable en un servicio orientado hacia servicio contenedor que permita resolver la mayor parte de la patología prevalente, y es indispensable considerar a la atención primaria de la salud como puerta de entrada la que mejor se adapta con dicha finalidad.

Pero más allá de disponer de los profesionales, se requiere que estos dispongan de la carga horaria necesaria para poder brindar a los usuarios una atención con la cantidad de tiempo que la gestión considere adecuada considerando el valor otorgado por la tasa de consulta como indicador de referencia.

De esta manera, ante la intervención proporcionada por parte de la gestión interviniendo tanto en la disponibilidad de profesionales como de las horas brindadas para la atención, modificando la modalidad de pago propuesta, es que se puede lograr que el profesional permanezca en la institución el tiempo prestacional pactado y otorgue a las consultas médicas el tiempo considerado adecuado.

El centro médico y los cambios en la gestión

Para el siguiente trabajo se tomó como referencia un centro médico perteneciente a una obra social sindical, que se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad de Rosario, dando cobertura a una población aproximada de 7500 afiliados.

El centro médico cuenta con 9 consultorios para la atención médica, sala de RX, ecografía y laboratorio bioquímico.

Ante la convocatoria de las autoridades sindicales para un cambio en el modelo de gestión del centro médico a partir del mes de enero del 2019, se procedió a realizar un diagnóstico de situación tomando cifras disponibles que permitieron la confección de indicadores de gestión, tomado el mes de enero como punto de referencia diagnóstica, datos que favorecieron el seguimiento longitudinal de los efectos causados ante la implementación de los cambios del modelo de pago proporcionados por la nueva gestión.

Siguiendo el modelo centrado en la atención primaria de la salud como puerta de entrada para la atención médica según niveles de complejidad, y considerando al primer nivel como el de mayor relevancia en su capacidad científico técnica para resolver la mayor parte de las consultas médicas, se puso principalmente énfasis en su reforzamiento según las necesidades que se originaran en el centro médico.

De esta manera, la implementación de las modificaciones se realizaron en forma gradual en las especialidades consideradas como primer nivel de atención, donde se incorporaron en la

nueva modalidad de pago en una primera fase desde el mes de Febrero a los profesionales pertenecientes a la especialidad clínica médica y medicina familiar, se prosiguió en el mes de Marzo con ginecología, y en Abril con pediatría.

Si bien la especialidad de cardiología no es considerada como perteneciente al primer nivel de atención, también se incluyó en la modalidad de pago mixto adoptada a partir del mes de Febrero.

Paulatinamente se incorporaron nuevos profesionales en las especialidades del primer nivel considerando para tal fin a medicina general, pediatría y ginecología y se registró la baja de algunos médicos que renunciaron ante la nueva modalidad de gestión, siendo estos reemplazados en forma simultánea a su renuncia.

De esta manera se tomaron en cuenta el efecto sobre la accesibilidad, permitiendo a los usuarios del servicio de disponer de una mayor cantidad de horas médicas reales con una mayor duración del tiempo de la consulta, el tipo de profesionales a ofrecer considerando la contención y capacidad de brindar promoción y prevención en salud permitiendo un seguimiento longitudinal, y una mayor eficiencia en la distribución de los recursos económicos por los gastos relacionados a los honorarios profesionales.

Para el desarrollo de este estudio, el valor de los honorarios médicos por prestación se encontró en \$165 por consulta, mientras que el correspondiente a la nueva modalidad de pago se fijó en \$200 por hora trabajada y \$100 por consulta atendida. Durante el período de tiempo que se tomó para el estudio, no se produjo ningún cambio en los valores ajustados a la inflación que se mantuvieron estables, situación que permitió analizar en forma pura los cambios obtenidos.

Misión – Visión - Valores

Con motivo de profundizar sobre los cambios que se desearon inducir en el centro médico, se considera oportuno citar la misión, visión y los valores que fueron desarrollados como parte integral de la gestión centrada en brindar un servicio de calidad a los usuarios del centro médico, siendo fundamentales para fijar como meta mejorar la accesibilidad, permitir consultas con una duración adecuada y eficiencia en los costos del servicio.

Misión:

Satisfacer las necesidades y expectativas de salud de nuestros afiliados, ofreciéndoles servicios de calidad y eficiencia basados en la estrategia de la atención primaria de la salud mediante la innovación y excelencia científico-técnica en un marco de gestión conjunta y participativa inserto en la mejora continua de los procesos, enfocada en la seguridad del paciente y su sensación de pertenencia que genere la elección permanente de nuestros servicios.

Visión:

.Alcanzar la excelencia en todos los ámbitos de nuestra organización satisfaciendo las necesidades y expectativas de nuestros afiliados.

.Ser elegidos por nuestros afiliados aportando calidad, confianza y seguridad en la prestación en nuestro servicio de salud.

Valores:

Creemos en el trabajo en equipo, aplicando la creatividad e innovación que impulsen la mejora continua bajo una gestión basada en la transparencia y eficiencia en la distribución de los recursos, teniendo en cuenta los aspectos éticos en nuestras decisiones en un marco de respeto, con un alto grado de profesionalismo y fuerte compromiso en el aprendizaje, contribuyendo a la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros afiliados, agregando valor a nuestra tarea de servir al cuidado de la salud.

Metodología:

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y longitudinal, retrospectiva que se aplicó sobre los cambios obtenidos por el cambio en el modelo de gestión de un centro médico perteneciente a una obra social de la ciudad de Rosario con un enfoque centrado en el fortalecimiento de su primer nivel de atención y la modificación de la modalidad de pago desde un modelo por prestación de servicio hacia uno de carácter mixto combinando cantidad de horas trabajadas y consultas atendidas.

Se efectuó el análisis estadístico mediante la evaluación por metodología cuantitativa de los indicadores seleccionados para la evaluación de la accesibilidad, duración de la consulta y los costos del servicio, que fueron planteadas dentro de los objetivos de la investigación, y se procedió a la descripción de los cambios obtenidos por la aplicación en forma gradual de la nueva metodología de pago de honorarios profesionales.

El análisis de los indicadores se realizó en forma retrospectiva a partir de los datos que fueron obtenidos desde un tablero de mando integral confeccionado por la tecnología brindada por la hoja de cálculo de Google Drive.

Con motivo de evaluar los efectos producidos se tomaron los siguientes indicadores:

Indicadores de accesibilidad: se procedió al análisis de los datos obtenidos en forma cuantitativa mediante la interpretación de las características de los médicos a incorporar dentro del marco del reforzamiento del primer nivel de atención, en relación a la disponibilidad de horas médicas, cantidad de consultas atendidas y tiempo dedicado a cada consulta por los profesionales del equipo de salud.

- Total de profesionales mensual
- Profesionales por especialidad del primer nivel mensual
- Razón profesionales del primer nivel / profesionales totales
- Tasa de recambio de profesionales por especialidad de primer nivel.
- Total horas médicas mensual

- Total horas médicas del primer nivel mensual
- Total horas médicas por especialidad primer nivel mensual
- Razón horas especialidades primer nivel / horas médicas totales
- Total consultas médicas mensuales
- Total de consultas médicas por especialidad primer nivel
- Razón de consultas primer nivel / consultas totales

Indicador de duración de las consultas médicas: se procedió al análisis de los datos obtenidos en forma cuantitativa mediante la interpretación de los cambios inducidos en la duración de la consulta médica ante la implementación de la nueva modalidad de pago.

- Tasa de consulta por especialidad primer nivel mensual

Fórmula para su cálculo:

Pacientes atendidos / horas de atención

Indicadores de costos: El análisis estadístico de los indicadores de eficiencia se realizó en forma cuantitativa mediante la interpretación de los cambios originados en los costos del centro médico.

- Costos totales del centro médico mensual
- Costos totales por especialidad primer nivel mensual
- Relación de costos totales centro médico / horas médicas disponibles por especialidad.

Desarrollo

Para el análisis de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se tomaron en consideración los datos obtenidos a partir del cálculo de los indicadores que fueran consignados en el marco metodológico.

El mes de enero de 2019 fue tomado como punto de referencia para la evaluación de los efectos producidos por los cambios efectuados por la gestión del centro médico, ya que durante el mismo, siendo el momento en que se incorpora la nueva dirección médica, se mantuvo la modalidad de pago por prestación y la grilla de los profesionales disponibles previamente.

Es a partir del 15 de febrero del 2019, cuando se comienza a modificar la modalidad de pago hacia un modelo mixto combinando horas trabajadas y consultas atendidas en las especialidades de clínica médica y medicina familiar, continuando durante el mes de marzo con ginecología y en abril con pediatría, abarcándose de esta manera a las especialidades consideradas pertenecientes al primer nivel de atención.

Si bien cardiología no constituye una de las especialidades del primer nivel de atención, por las características presentadas por el tipo de consulta, fue incorporada también dentro de la modalidad de pago mixto a partir del mes de marzo del 2019, y esto también provocó cambios importantes en los resultados globales que se pondrán en evidencia en el planteo de los resultados obtenidos.

De esta manera en forma ordenada, en primer lugar serán analizados los cambios producidos en el recurso humano de los profesionales médicos y el esfuerzo puesto en la orientación hacia el refuerzo del primer nivel de atención mediante la incorporación de médicos generalistas, pediatras y ginecólogos, todo esto sumado al cambio en la disponibilidad de horas de atención, donde se pondrá en evidencia los cambios hacia una mirada puesta en la accesibilidad organizativa del centro asistencial.

Posteriormente se analizarán los resultados obtenidos en forma general en la tasa de consulta, poniendo en evidencia las modificaciones producidas como consecuencia en la duración de las consultas y los cambios producidos en el centro médico en forma general y en lo particular dentro de las especialidades que componen el primer nivel de atención y cardiología.

Para culminar con el análisis de los resultados, se examinarán los efectos producidos en los costos del centro médico en su totalidad y por especialidad tras la aplicación de la nueva modalidad de pago planteada.

El recurso humano

Durante el periodo de tiempo consignado para efectuar el presente trabajo de investigación, se han efectuado importantes cambios mensuales en forma paulatina en la plantilla de los profesionales disponibles para la atención de los usuarios del centro médico.

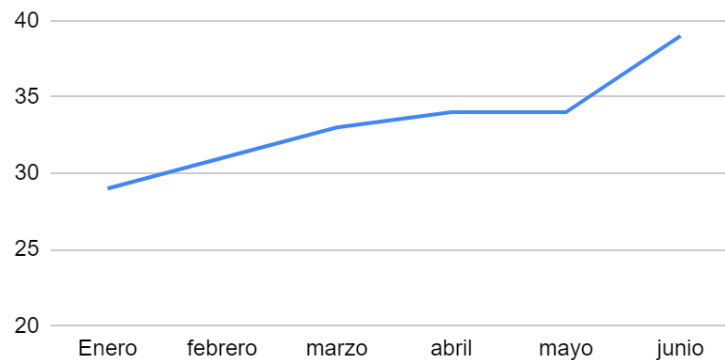
De esta manera, a partir de la intervención por la gestión, se produjo una renovación en la disponibilidad total de médicos según las necesidades del servicio, con la consecuente incorporación de nuevos profesionales, la cual fue a su vez acompañada de desvinculaciones que no han sido determinadas por la gestión, sino que por propia voluntad de aquellos que decidieron suspender sus prestaciones, ya sea por el cambio en el modelo de pago que se planteaba para el centro médico, o por cumplirse la edad jubilatoria.

Es por esto que se puso en evidencia un incremento del número total de profesionales disponibles, como muestra el cuadro con su respectiva gráfica presentados a continuación.

Tabla nº 1: Total de profesionales disponibles en forma mensual

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
29	31	33	34	34	39

Gráfico nº1: total de profesionales mensual



Fuente de elaboración propia

Así, en relación al número total de los profesionales que disponía el centro asistencial durante el mes de enero, considerado como punto de comparación del comienzo de la gestión, han sido sumando nuevos trabajadores al servicio, mostrando un saldo positivo mes a mes, pasando de contar con 29 médicos en el mes de enero a 39 en el mes de junio, dando como resultado la incorporación de un total de 10 profesionales.

El movimiento del total de los profesionales disponibles, resulta de utilidad para conocer la relación existente entre la cantidad de los que ingresaron a la grilla de médicos, respecto a la correspondiente por las desvinculaciones.

De esta manera, se realizó el cálculo del índice de rotación de los profesionales, donde se tomaron en cuenta la cantidad de médicos que se han ido incorporando al servicio y aquellos que lo han abandonado aplicando como fórmula para el cálculo la siguiente ecuación:

$$\frac{\text{(Nuevas contrataciones – retiros en la organización / Trabajadores al final del periodo)} \times 100}{1}$$

En la tabla n°2 se presentan los cambios mensuales presentados por el indicador tras la aplicación de la fórmula correspondiente.

Tabla n° 2: Índice de recambio de profesionales

	Enero	Febrero	marzo	abril	Mayo	junio
total profesionales	29	31	33	34	34	39
Incorporaciones	0	5	4	1	0	6
Desvinculación	0	2	2	0	0	1
Índice de recambioprofessional	0,00	9,68	6,06	2,94	0,00	12,82

Fuente de elaboración propia

Si bien en el precedente cuadro se puede observar que han habido 5 profesionales que abandonaron el servicio durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio, es también evidente un saldo positivo en el índice de rotación de profesionales, mostrando un claro

incremento en la plantilla de médicos ofrecida a los usuarios del servicio mediante la incorporación de un total de 16 profesionales.

De las desvinculaciones presentadas en el cuadro anterior, se produjeron en 2 casos por motivos jubilatorios, una en el mes de marzo por un médico ginecólogo y otra en el mes de junio por médico clínico. Los 3 casos restantes fueron por decisión personal y no por intervención de la dirección médica, correspondiendo una a clínica médica en el mes de febrero, y dos a ginecología en mes de marzo.

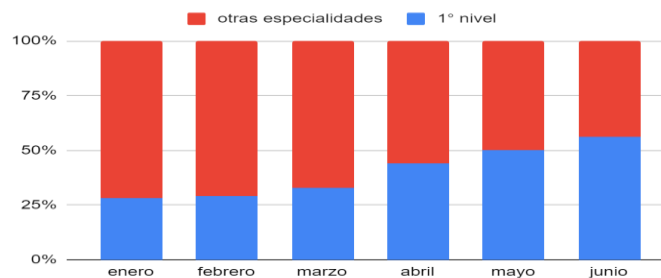
Adoptando una fuerte mirada en la atención primaria de la salud como puerta de entrada al sistema, se dio preponderancia a la incorporación de médicos pertenecientes al primer nivel de atención incluyendo especialistas en medicina general, pediatras, ginecólogos y clínicos.

El cuadro presentado a continuación muestra los cambios en la disponibilidad porcentual de profesionales del primer nivel de atención en relación a las otras especialidades disponibles en el centro médico en forma mensual, cuya correspondiente representación gráfica pone de manifiesto con mayor claridad los cambios producidos.

Tabla nº 3: % de profesionales disponibles del primer nivel / total de profesionales

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1º Nivel de atención	28%	29%	33%	44%	50%	56%
Otras especialidades	72%	71%	67%	56%	50%	44%

Gráfico nº2 relación porcentual de profesionales de primer nivel de atención en relación a otras especialidades



Fuente de elaboración propia

Del análisis de los resultados obtenidos es posible observar el claro desplazamiento en el porcentual de las especialidades médicas de mayor especificidad hacia los médicos del primer nivel de atención, quienes en enero solo representaban un 28% de los profesionales disponibles, totalizando un 56% en Junio, manteniéndose constante la cantidad de otros especialistas durante la duración del estudio.

El incremento en el total de profesionales ingresados no fue igual para todas las especialidades, sino que fue determinado por las necesidades contempladas por el servicio.

El cuadro presentado a continuación detallan los cambios específicos aplicados en relación a la disponibilidad de profesionales de las especialidades concernientes al primer nivel de atención y muestra la nueva distribución del recurso humano disponible mes a mes.

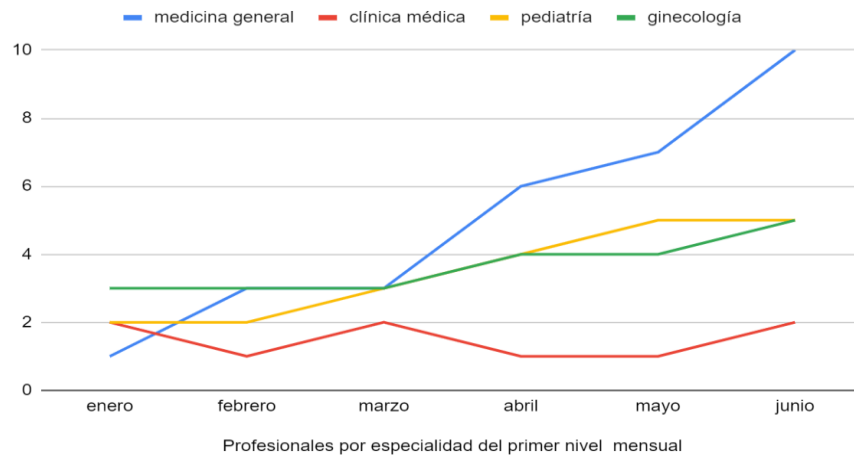
Tabla nº4: Profesionales por especialidad del primer nivel mensual

	Medicina general	Clínica médica	Pediatría	Ginecología
Enero	1	2	2	3
Febrero	3	1	2	3
Marzo	3	2	3	3
Abril	6	1	4	4
Mayo	7	1	5	4
Junio	10	2	5	5

Fuente de elaboración propia

La respectiva representación gráfica de los datos observados en el cuadro anterior, refleja de forma contundente los cambios producidos en la grilla de los profesionales disponibles en el primer nivel de atención.

Gráfico n°3: Profesionales por especialidad del primer nivel mensual



Fuente de elaboración propia

La precedente representación gráfica pone en clara evidencia que es mediante la incorporación de médicos generalistas, pediatras y ginecólogos, tomando como referencia la mirada puesta en la calidad del servicio, fue el mecanismo planteado para reforzar la accesibilidad al centro médico.

Horas profesionales disponibles

Con una clara visión de ofrecer a los usuarios del servicio de una mayor accesibilidad administrativa al centro médico, no solo se enfocó en la incorporación de médicos, sino que se intervino mediante el aumento en las horas de atención disponibles en el centro asistencial.

Tabla n° 5: Total horas médicas mensual

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
292:50	242:00	364:20	309:00	430:00	394:50

Gráfica n° 4: Total horas médicas mensual



Fuente de elaboración propia

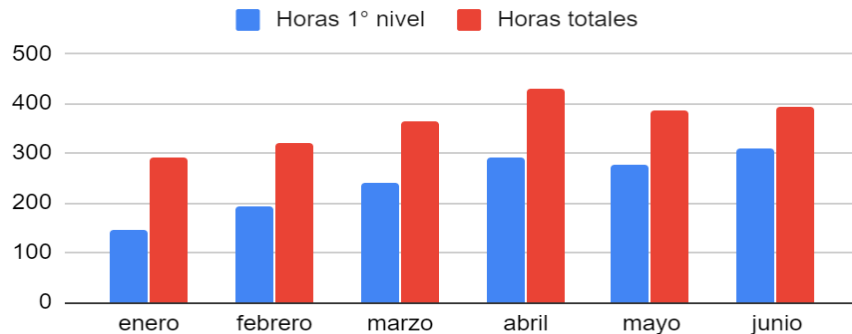
Es mediante la incorporación de horas correspondientes a los médicos pertenecientes al primer nivel de atención que se refleja el aumento de la cantidad de horas médicas totales, no produciéndose modificaciones en el resto de las especialidades.

La tabla y su correspondiente representación gráfica que son presentadas a continuación ponen en evidencia cómo se produce el aumento de la carga horaria disponible en el centro asistencial a partir de la incorporación de los médicos del primer nivel de atención en relación a la totalidad.

Tabla n° 6: % horas médicas del primer nivel/ horas médicas totales

	Enero	febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Horas 1° nivel	146:00	192:00	241:50	290:00	275:00	309:00
Horas totales	292:50	320:05	364:20	430:00	386:15	394:50
Porcentual	49,91%	59,99%	66,31%	67,44%	71,22%	78,33%

Gráfico n° 5: Comparativa de horas médicas del primer nivel respecto a las horas médicas totales

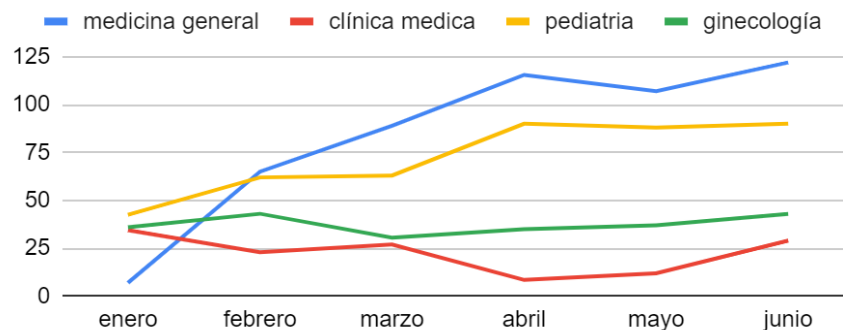


Fuente de elaboración propia

De los resultados obtenidos se puede observar una clara reducción proporcional del número de horas totales disponibles por los especialistas en relación a los profesionales del primer nivel de atención.

El incremento en la disponibilidad horaria no fue igual para todas las especialidades, sino que fue determinándose según las necesidades planteadas por el servicio.

Gráfico n° 6: comparativa de horas médicas disponibles según especialidad del primer nivel de atención



Fuente de elaboración propia

Es sobre todo en las horas disponibles de medicina general y pediatría donde se mostró un mayor incremento en la cantidad de horas asistenciales permitiendo una mayor presencia médica.

En ginecología se incorporaron 5 nuevos profesionales y 3 abandonaron el servicio, pero esto no se reflejó en un cambio en la cantidad de horas médicas disponibles que se mantuvieron con escasas modificaciones, y en la especialidad de clínica médica donde solo se incorporaron 2 profesionales y uno se jubiló, se mantuvo una carga horaria sin modificaciones.

Las consultas médicas

A continuación se procede al análisis de las consultas efectuadas en el centro médico.

Tabla nº 7: Total consultas médicas mensuales del centro médico

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1558	1257	1207	1179	1330	1096

Fuente de elaboración propia

Bajo la simple observación de la tabla precedente, resulta notoria la reducción en el número de las consultas realizadas comparativamente con el mes de enero respecto al resto de los meses considerados en el trabajo de investigación, siendo un 20% mayor respecto al mes de Febrero, y para el mes de Junio la diferencia fue aun más relevante con un 30% de diferencia respecto al mes de enero que fuera tomado como punto de referencia para el análisis del presente trabajo de investigación.

Se procedió a realizar un estudio comparativo del número de consultas realizadas a los médicos del primer nivel de atención en relación a las efectuadas al resto de los especialistas ofreciendo el siguiente resultado.

Tabla nº 8: relación de consultas médicos del primer nivel vs especialistas

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1° nivel	991,00	768,00	698,00	746,00	764,00	711,00
Totales	1558	1257	1207	1179	1330	1096
Porcentual	63,61%	61,10%	57,83%	63,27%	57,44%	64,87%

Fuente de elaboración propia

Resulta evidente que el porcentual de consultas efectuadas a los médicos pertenecientes al primer nivel de atención siempre han superado a las correspondientes a las otras especialidades, siendo una muestra que los usuarios del centro asistencial buscan el tipo de atención y contención que puede ser brindada por este tipo de profesionales.

Profundizando el análisis, resulta llamativo ante la evaluación de la tasa de consulta de la totalidad del centro médico, considerada como la cantidad de pacientes atendidos en una hora (cantidad de pacientes / hora de atención), como ante la intervención aplicada con el aumento de la totalidad de médicos del centro asistencial con una fuerte presencia de profesionales del primer nivel de atención, se redujo dicha tasa, e impactó favorablemente en el desempeño de la totalidad del centro médico como muestra la tabla a continuación.

Tabla nº 9: tasa de consulta del centro médico

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
tasa de consulta general	5,33	3,93	3,31	2,60	3,16	2,78

Fuente de elaboración propia

Bajo una observación detenida del cuadro representativo de la tasa de consulta general del centro médico, se observa claramente una disminución de la cantidad de pacientes atendidos por hora, interpretándose como indicador de escucha del paciente y no atención exprés.

Se modificó el modelo de atención donde en enero se atendían más de 5 pacientes por hora por profesional en forma general, a un número cercano a 3 en junio, situación que modifica los tiempos de atención brindada de 11 a 20 minutos por paciente.

Es en el caso de las consultas efectuadas en el primer nivel de atención donde se mostró con mayor firmeza los cambios en la cantidad de pacientes atendidos por hora con fuertes modificaciones en la tasa de consulta.

Tabla N° 10: tasa de consulta médicos del primer nivel de atención

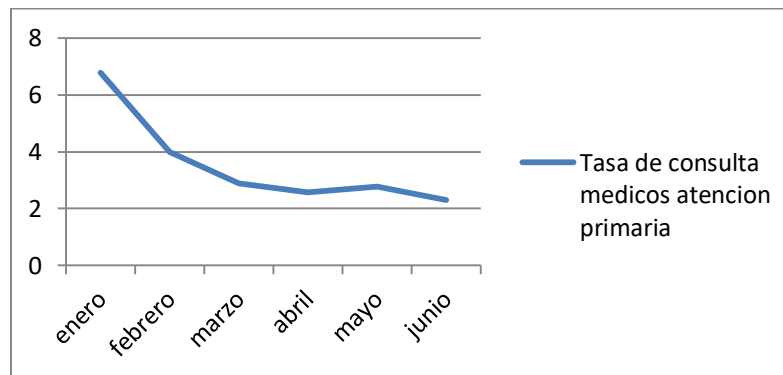
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Pacientes atendidos	991,00	768,00	698,00	746,00	764,00	711,00
Horas trabajadas	146	192	241,5	290	275	309
Tasa de consulta	6,79	4,00	2,89	2,57	2,78	2,30

Fuente de elaboración propia

De esta manera la cantidad de pacientes atendidos por los profesionales del primer nivel en una hora se redujo en forma sustancial, situación que pone en evidencia en forma general, que la oferta de horas de atención disponibles comenzaría a superar a la demandada por los usuarios del servicio. Pero no es la situación similar en todas las especialidades, sino que cada una tiene su especificidad y característica distintiva.

Esta situación pone en evidencia la necesidad de un análisis detallado, donde posteriormente en este apartado se realizará en forma individual sobre el comportamiento de las especialidades en estudio y se pondrá en evidencia cuales son las que inducen a una caída en la tasa de consulta en forma general.

Gráfico N° 7: Tasa de consulta total médicos del primer nivel de atención



Fuente de elaboración propia

Los resultados obtenidos muestran notables diferencias en las especialidades del primer nivel de atención en la medida que se han ido aplicando las modificaciones en la plantilla

profesional, disponibilidad de horas médicas y la aplicación del modelo de pago de honorarios mixtos.

En algunos casos la impronta producida sobre la tasa de consulta tras la intervención fue muy notoria, sobre todo en especialidades como pediatría y clínica médica, donde los tiempos de escucha y examen físico requeridos demandan mayor cantidad de tiempo, con valores extremadamente altos mostrados en el mes de enero, situación que fue revirtiendo paulatinamente como muestra la siguiente tabla.

Tabla n° 11: tasa de consulta por especialidades del primer nivel

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	junio
Medicina general	1,86	0,51	1,67	1,98	2,54	2,52
Clínicamédica	6,03	4,26	3,56	4,06	3,75	2,00
Pediatría	9,48	6,10	4,06	2,88	2,67	2,28
Ginecología	4,92	2,77	2,49	2,26	2,19	1,58

Fuente de elaboración propia

En clínica médica se observó que los tiempos de duración de las consultas pasaron de disponer de solo 10 minutos a dos consultas en una hora otorgándole 30 minutos a cada una, demostrando un mayor tiempo de escucha al paciente dando lugar a una anamnesis más detallada y el tiempo necesario para efectuar un examen clínico adecuado.

Medicina general ha sido la especialidad que mayormente sufrió de modificaciones, ha incrementado notoriamente el número de profesionales disponibles y horas médicas en forma mensual y a su vez presentó un importante aumento en la cantidad de pacientes atendidos. Esto se mostró de forma beneficiosa para la institución pudiendo reflejarse en la tasa de consulta de los profesionales.

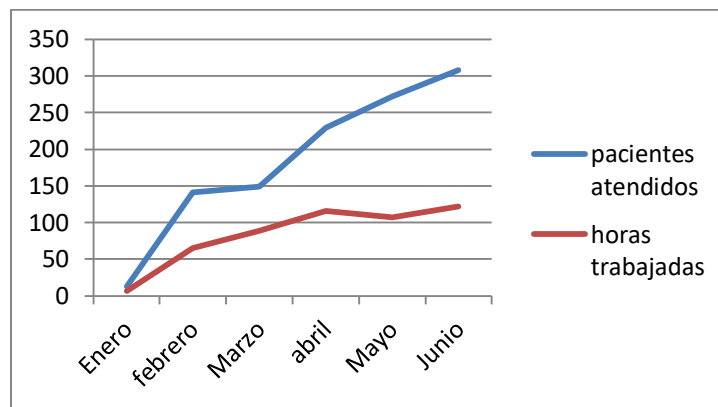
Tabla n° 12: Tasa de consulta de medicina general

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Pacientes atendidos	13	141	149	229	272	308
Horas trabajadas	7	65	89	115,5	107	122
Tasa de consulta	1,86	2,17	1,67	1,98	2,54	2,52

Fuente de elaboración propia

Es importante en este punto destacar que el aumento de la tasa de consulta fue acompañado del incremento de la carga horaria para la especialidad, y el número de médicos, donde la oferta profesional se acompañó por la demanda de los usuarios.

Gráfico n° 8: total de pacientes atendidos y horas trabajadas medicina general



Fuente de elaboración propia

El aumento de la cantidad de pacientes que han sido atendidos fue acompañado del incremento de las horas y profesionales disponibles manteniendo una tasa de consulta adecuada para brindar un servicio de calidad prestando a la consulta una duración aproximada a los 25 minutos.

En el caso de la especialidad de pediatría, esta mostró una tasa de consulta extremadamente alta en el mes de enero, tomado como referencia para el estudio, con duración promedio de 8 minutos por paciente, mostrando un elevado déficit en calidad de atención.

Tabla n° 13: Tasa de consulta de Pediatría

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Pacientes atendidos	403	378	256	259	235	205
Horas trabajadas	42,5	62	63	90	88	90
Tasa de consulta	9,48	6,10	4,06	2,88	2,67	2,28

Fuente de elaboración propia

Si bien impresiona a primera vista del cuadro anterior que se redujo drásticamente la cantidad de pacientes atendidos por la especialidad, la demanda fue contenida con la incorporación de nuevos profesionales y horas médicas, esto apuntando a que la duración de la consulta en pediatría debe ser próximo a los 30 minutos por paciente.

Esto muestra su expresión en la reducción de la tasa de consulta otorgándoles una duración aproximada a los 25 minutos por consulta.

En el caso de Ginecología, esta fue una de las especialidades del primer nivel de atención que mayormente sufrió de modificaciones en cuanto a su grilla profesional.

De los 5 profesionales que renunciaron al centro médico por los cambios en la gestión, 3 pertenecieron a la presente especialidad, y los mismos han sido reemplazados en forma inmediata por otros ginecólogos.

Esto explica el motivo que si bien fueron incorporados nuevos profesionales en la especialidad llegando a totalizar 5 médicos ginecólogos, la cantidad de horas disponibles en forma mensual, prácticamente no ha sufrido modificaciones.

Tabla n° 14: Tasa de consulta de Ginecología

	Enero	febrero	Marzo	Abril	mayo	junio
Pacientes atendidos	177	119	76	79	81	68
Horas trabajadas	36	43	30,5	35	37	43
Tasa de consulta	4,92	2,77	2,49	2,26	2,19	1,58

Fuente de elaboración propia

En el caso particular de la especialidad de Ginecología, se puede observar una importante caída en la tasa de consulta que muestra que la oferta de horas supera la demanda en forma importante.

Esto es sinónimo que se produjo un excedente en la cantidad de horas profesionales ofrecidas, habiendo sido responsable en gran medida de mostrar la caída general en la tasa de consulta del primer nivel de atención.

La reducción observada en la cantidad de pacientes atendidos por esta especialidad es atribuible a una alta recitación presentada en el mes de enero y febrero por los profesionales, junto a la asignación de consultas médicas que nunca fueron concretadas. Esta situación fue detectada y corregida de inmediato al diagnóstico de situación.

Gráfico nº 9: Cantidad de pacientes atendidos en forma mensual en Ginecología



Fuente de elaboración propia

Es importante destacar respecto a la caída en el número de pacientes que fueron atendidos por ginecología en el mes de enero en relación a los meses subsiguientes, estabilizándose a partir de marzo.

Esta situación pone a las claras que las horas médicas agregadas a partir de ese mes resultaron innecesarias y esto afectó negativamente el indicador de tasa de consulta aproximándolo al 50% del valor esperado para una tasa de 3.

Más allá de ser en las especialidades del primer nivel donde se puso énfasis en los cambios efectuados por la gestión del centro médico, cardiología fue la otra especialidad en la que se aplicó la nueva modalidad de pago, donde se mantuvieron las 2 profesionales a cargo del servicio durante el tiempo que duró el estudio, mostrando la siguiente modificación de la tasa de consulta:

Tabla nº 15: tasa de consulta por cardiología

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	Junio
Cardiología	7,31	5,70	3,78	3,37	4,23	2,88

Fuente de elaboración propia

Resulta evidente una reducción del número de pacientes atendidos por hora llegando a ser para el mes de junio un paciente cada 20 minutos, pero mostrando una duración en la atención de menos de 15 minutos en la mayoría de los meses previos.

Esta situación tiene relación directa con el incentivo presentado para los médicos de esta especialidad de la realización de electrocardiogramas como práctica a facturar en forma independiente del honorario percibido por consulta.

En lo referente a las otras especialidades donde no fue aplicada la modificación en la modalidad de pago mostraron la tasa de consulta presentada en el cuadro siguiente.

Tabla nº 16: tasa de consulta otras especialidades pago por prestación

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Total consultas	567	489	509	433	566	385
Horas trabajadas	146,5	128,05	122,7	140	111,15	85,5
Tasa de consulta	3,87	3,82	4,15	3,09	5,09	4,50

Fuente de elaboración propia

Es evidente, que más allá de mostrar una relativa reducción en la cantidad de horas trabajadas, que en el mes de junio se relacionó principalmente con el receso invernal de los especialistas, la tasa de consulta se ha mantenido siempre elevada, y esto se sustenta en la necesidad de incorporar un número mayor de pacientes para su atención a la grilla horaria para poder percibir honorarios mayores, situación característica del pago por prestación.

Resulta importante aclarar que durante el estudio no fue restringido el ingreso directo a las especialidades médicas y no se requería el paso previo por la puerta de entrada representada por medicina general, fueron los paciente quienes directamente decidían con quien atenderse.

Los costos

La aplicación de la nueva modalidad de pago presentó modificaciones en los valores de la consulta que representaron un claro indicador de eficiencia aportado por el modelo.

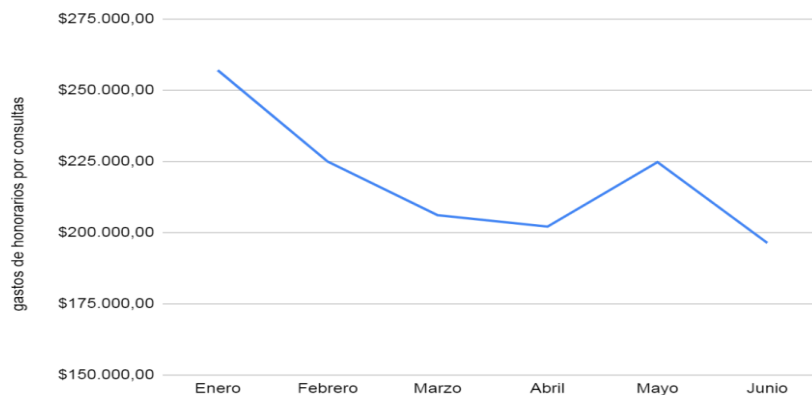
A continuación se muestran los gastos médicos concernientes al pago de honorarios correspondiente a las consultas del total del centro asistencial.

Tabla n° 17: Gastos por honorarios originados por las consultas en el centro médico

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
\$257.070,00	\$224.990,00	\$206.155,00	\$202.145,00	\$224.790,00	\$196.425,00

Fuente de elaboración propia

Gráfico n° 9: Gastos por consulta en el centro médico



Fuente de elaboración propia

Resulta llamativo que más allá de haber incorporado un importante número de profesionales al centro médico y horas de atención, los gastos incurridos por el pago a los profesionales fue inferior al presentado al mes de enero tomado como referencia.

A su vez esto también se ve reflejado en el valor pagado por cada consulta atendida en general dentro del centro médico, donde ante la presencia del nuevo modelo de pago en un grupo de los profesionales se produce un aumento relativo en el valor de cada consulta en comparativa al correspondiente al mes de enero que fuera tomado como referencia, donde la modalidad de pago era solo por consulta.

Se aumentó el número de profesionales y la cantidad de horas médicas, se redujeron los costos por pago de honorarios profesionales, pero el valor teórico global de la consulta en el centro médico mostró un aumento relativo del 11% originado por la mixtura de pago como puede verse reflejado en el siguiente cuadro.

Tabla n° 18: Valor teórico de la consulta por mes

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Total consultas	1.558,00	1.257,00	1.207,00	1.179,00	1.330,00	1.096,00
Gastos por consulta	\$257.070,00	\$224.900,00	\$206.155,00	\$202.145,00	\$224.790,00	\$196.425,00
Valor consulta relativo	\$165,00	\$179,68	\$167,45	\$187,00	\$169,01	\$179,22

Fuente de elaboración propia

En medicina general el aumento en la cantidad de médicos y su correspondiente carga horaria, junto al incremento en el número de pacientes atendidos, no presentó un problema en los costos del servicio. Se reemplazaron los costos generados por especialidades que previamente presentaban una muy alta tasa de consulta. Esto significa una reasignación de los recursos en una mejor calidad de prestación asistencial.

Tabla n° 19: Valor relativo de la consulta en medicina general

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	mayo	junio
Tasa de consulta	1,86	2,17	1,67	1,98	2,54	2,52
Total honorarios	\$2.145,00	\$27.100,00	\$32.730,00	\$46.000,00	\$48.600,00	\$55.200,00
Valor consulta	\$165,00	\$192,20	\$219,66	\$200,87	\$178,68	\$179,22

Fuente de elaboración propia

Ante el análisis del cuadro previo, resulta evidente que un aumento en la cantidad de pacientes atendidos por hora reflejados en un aumento de la tasa de consulta, modifica negativamente en el honorario percibido por cada consulta atendida, dando como resultado que al superar la tasa de consulta de 3 el valor por consulta será menor a los \$165 percibidos por prestación.

En pediatría, la reducción de la tasa de consulta impactó en forma directa en el valor teórico de la consulta, ya que al percibir un monto fijo por hora y por consulta, esto se reflejó en un valor superior por cada consulta atendida a partir de abril con el cambio de modalidad.

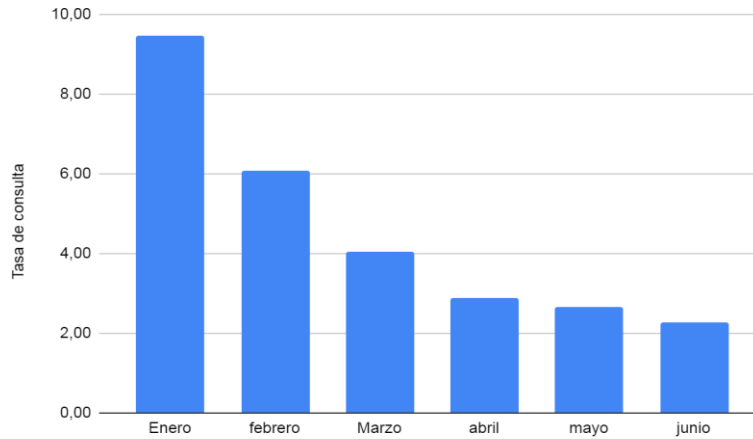
Tabla n° 20: Valor teórico de consulta de Pediatría

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	mayo	Junio
Tasa de consulta	9,48	6,10	4,06	2,88	2,67	2,28
Total honorarios	\$66.495,00	\$62.370,00	\$42.240,00	\$43.900,00	\$41.100,00	\$38.500,00
valor consulta	\$165,00	\$165,00	\$165,00	\$169,50	\$174,89	\$187,80

Fuente de elaboración propia

Dentro de los estándares de calidad presentados para la atención en pediatría, la duración por consulta debe ser próxima a los 30 minutos de duración, situación que se ve reflejada en la tasa de consulta que se aproxima a 2 consultas por hora en Junio.

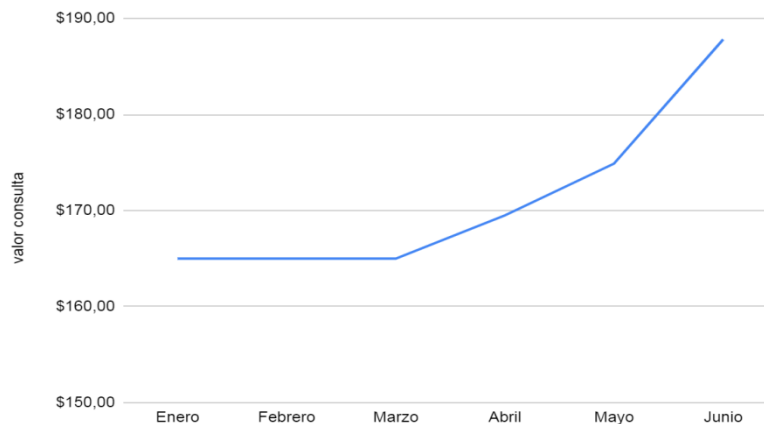
Gráfico n° 10: Tasa de consulta de Pediatría



Fuente de elaboración propia

De esta manera, si bien se redujo la tasa de consulta en la especialidad, el valor referente a percibir por paciente atendido aumentó en forma relativa, permitiéndoles a los profesionales dedicarles mayor cantidad de tiempo para la atención del paciente, colaborando para cumplir con lo requerido por la Sociedad Argentina de Pediatría.

Gráfico n° 11: Valor teórico de consulta de Pediatría



Fuente de elaboración propia

El gráfico anterior muestra como el valor relativo de la consulta aumentó a partir de la implementación de la nueva modalidad de pago en abril y les permite a los especialistas brindar el tiempo necesario a la consulta sin afectar en forma sustancial sus ingresos económicos.

En la especialidad de clínica médica la reducción en la tasa de consulta mostró también cambios importantes en el valor pagado por atención.

Tabla nº 21: Valor relativo de la consulta en clínica médica

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tasa de consulta	6,03	4,26	3,56	4,06	3,75	2,00
Total honorarios	\$34.320,00	\$14.400,00	\$15.000,00	\$9.000,00	\$6.900,00	\$11.600,00
Valor consulta	\$165	\$146,94	\$156,25	\$123,29	\$153,33	\$200,00

Por los resultados obtenidos resulta evidente que el monto percibido por consulta con una tasa superior a 3 como fuera observada en el cuadro anterior, se refleja en un valor relativo de la consulta inferior, dejando de seducir al profesional para el engrosamiento de su lista de pacientes. No obstante esto, es en el mes de junio el único en que la tasa de consulta obtuvo un valor de 2 pacientes por hora, coincidiendo con la jubilación de un profesional.

En ginecología, la situación observada con la fuerte reducción en la tasa de consulta, muestra a las claras que el valor relativo pagado por cada atención médica brindada, como consecuencia del pago mixto, resulta elevado en comparativa con el resto de las especialidades, siendo esto motivado por un incremento en la carga horaria que no conciben con las demandadas por los usuarios de la institución

Tabla nº 22: valor relativo de la consulta en ginecología

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tasa de consulta	4,92	2,77	2,49	2,26	2,19	1,58
total honorarios	\$29.205,00	\$19.635,00	\$13.700,00	\$14.900,00	\$15.500,00	\$15.400,00
valor consulta	\$165,00	\$165,00	\$180,26	\$188,61	\$191,36	\$226,47

Fuente de elaboración propia

Esta situación pone en evidencia como ante la caída en la tasa de consulta, el valor relativo por consulta incrementa ya que el honorario a percibir por horas trabajadas se mantiene estable como ingreso fijo a percibir por el cumplimiento del horario de atención.

Conclusión

Es a partir del análisis de los resultados obtenidos luego de aplicar las modificaciones correspondientes a la disponibilidad de horas de atención médica mediante un reforzamiento del primer nivel de atención a través de la incorporación de especialistas en medicina general, pediatría, clínica médica y ginecología, junto con la modificación en la modalidad de pago a los profesionales pasando desde un modelo de honorarios por prestación hacia uno de forma mixta que abarca las horas médicas trabajadas y consultas atendidas, que se demostró una importante mejoría en la accesibilidad al centro médico, donde los usuarios dispusieron de una mayor oferta de servicio, la cual fue acompañada por la demanda generada.

La gestión del recurso humano mostró claramente un desplazamiento hacia el reforzamiento del primer nivel de atención, habiendo sido notoria la cantidad de profesionales que se han ido incorporando al servicio pasando de disponer de un total de 29 médicos en el servicio durante el mes de Enero a una cantidad de 39 durante el mes de Junio, donde en el transcurso de ese período comprendido se incorporaron un total de 15 profesionales habiendo renunciado 5, contabilizando 2 por motivos jubilatorios y otros 3 aludiendo a motivos personales.

El desplazamiento de la disponibilidad profesional hacia un reforzamiento y puesta en valor del primer nivel de atención contemplando la oferta y demanda por parte de los usuarios de la institución, permitió mejorar la accesibilidad de los pacientes brindándoles una mayor disponibilidad de horas de atención y una grilla profesional amplia.

Por otra parte las consultas médicas pasaron a disponer del tiempo adecuado para poder cumplir con los requisitos mínimos planteados por los distintos estudios revisados respecto a la duración de la atención, donde especialidades que requieren de una mayor disponibilidad de tiempo para la anamnesis y el examen físico pasaron de disponer de menos de 10 minutos en Enero por paciente a una disponibilidad aproximada a los 25 minutos, otorgándoles el tiempo necesario para poder entablar una adecuada relación médico paciente.

Es a partir de la tasa de consulta, como fuera planteado en el apartado correspondiente, que se pudo llevar a cabo un adecuado seguimiento del desempeño de los profesionales de las distintas especialidades, dando la posibilidad de colaborar en su evaluación. De esta manera el indicador mostró los cambios significativos que se esperaban lograr pasando de 6 consultas por hora en clínica médica y 9 en pediatría a valores cercanos a 2 consultas en la hora de atención, brindando una mayor dedicación de tiempo por paciente atendido.

Por el contrario, en el resto de las especialidades por fuera del grupo comprendido dentro del primer nivel de atención, la tasa de consulta se mantuvo elevada, siempre con valores superiores a 3 consultas por hora, con una mayor cercanía a los 4 pacientes por hora. Esta situación pone en evidencia que la tendencia de dichos médicos es la de aumentar el número de pacientes en su grilla horaria como es característico de los modelos de pago por prestación para lograr honorarios más elevados.

Los gastos originados por el pago de los honorarios profesionales del centro médico se mantuvieron contenidos, mostrando una tendencia a la reducción de los costos, más allá de la incorporación de nuevos profesionales y horas de atención.

No obstante la reducción de costos por honorarios, el valor de la consulta médica mostró en las especialidades del primer nivel una mejoría, subiendo en su valor relativo, actuando a modo de incentivo para permanecer el tiempo necesario para la atención según los estándares de calidad.

La nueva modalidad de pago mostró ser versátil permitiendo aumentar el número de profesionales, cantidad de horas de atención y tiempo brindado para mejorar la relación médico paciente, conteniendo los costos generales del servicio que incluso disminuyeron y haciendo que el valor relativo abonado por consulta atendida sea superior para aquellas especialidades que requieren otorgar mayor tiempo para la anamnesis y evaluación

De esta manera se logró una mejora en la calidad asistencial mediante una mayor accesibilidad, permitiendo a los usuarios del servicio de disponer de una adecuada cantidad de horas médicas reales con consultas con una duración adecuada, se incorporó el tipo de profesionales que pueden ofrecer contención, teniendo una alta capacidad de brindar promoción y prevención en salud permitiendo un seguimiento longitudinal, y una mayor

eficiencia en la distribución de los recursos económicos por los gastos relacionados a los honorarios profesionales.

A modo de resumen, se presenta a continuación el tablero de gestión, con los indicadores que permitieron obtener los resultados del presente estudio.

Tablero de gestión del centro médico

Indicadores generales del centro asistencial

Horas médicas

	enero	febrero	marzo	abril	Mayo	junio
Total horas medicas	292:50:00	242:00:00	364:20:00	300:00:00	430:00:00	394:50:00
Horas 1° nivel	146:00:00	192:00:00	241:50:00	290:00:00	275:00:00	309:00:00
Horas 2° nivel	146:50:00	128:05:00	122:50:00	140:00:00	111:15:00	85:50:00
Porcentual de horas primer nivel	49,91%	59,99%	66,31%	67,44%	71,22%	78,33%

Consultas médicas

	enero	febrero	marzo	abril	Mayo	junio
total consultas	1558	1257	1207	1179	1330	1096
consultas 1° nivel	991	768	698	746	764	711
Consultas 2° nivel	567	489	509	433	566	385
% consultas del primer nivel	63,61%	61,10%	57,83%	69,01%	57,44%	64,87%

Tasa de consulta

	enero	febrero	Marzo	abril	Mayo	junio
tasa de consulta general	5,33	3,93	3,31	2,60	3,16	2,78
Tasa consulta 1° nivel	6,79	4,00	2,89	2,57	2,78	2,30
tasa de consulta 2° nivel	3,87	3,82	4,15	3,09	5,09	4,50

Costos totales centro médico

	Enero	febrero	Marzo	abril	Mayo	junio
Gastos por consulta	\$257.070,00	\$224.900,00	\$206.155,00	\$202.145,00	\$224.790,00	\$196.425,00
Gastos por práctica	\$46222,00	\$27462,50	\$33105,00	\$25255,00	\$26738,50	\$20.663,00
valor relativo de la consulta	\$165,00	\$178,92	\$170,80	\$187,00	\$169,02	\$179,22
valor consulta incluyendo gastos por consultas y prácticas médicas	\$167,97	\$201,52	\$294,88	\$210,36	\$189,12	\$198,07

Tablero especialidades con modificación en la modalidad de pago Medicina general

	Enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio
pacientes atendidos	13	141	149	229	272	308
horas trabajadas	7	65	89	115,5	107	122
Tasa de consulta	1,86	2,17	1,67	1,98	2,54	2,52
total honorarios	\$2.145,00	\$27.100,00	\$32.730,00	\$46.000,00	\$48.600,00	\$55.200,00
valor consulta	\$165,00	\$192,20	\$219,66	\$200,87	\$178,68	\$179,22
Pediatría						
	Enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio
pacientes atendidos	403	378	256	259	235	205
horas trabajadas	42,5	62	63	90	88	90
Tasa de consulta	9,48	6,10	4,06	2,88	2,67	2,28
total honorarios	\$66.495,00	\$62.370,00	\$42.240,00	\$43.900,00	\$41.100,00	\$38.500,00
valor consulta	\$165,00	\$165,00	\$165,00	\$169,50	\$174,89	\$187,80
Ginecología						
	Enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio
pacientes atendidos	177	119	76	79	81	68
horas trabajadas	36	43	30,5	35	37	43
tasa de consulta	4,92	2,77	2,49	2,26	2,19	1,58
total honorarios	\$29.205,00	\$19.635,00	\$13.700,00	\$14.900,00	\$15.500,00	\$15.400,00
valor consulta	\$165,00	\$165,00	\$180,26	\$188,61	\$191,36	\$226,47
Clínica						
	Enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio
pacientes atendidos	208	98	96	73	45	58
horas trabajadas	34,5	23	27	8,5	12	29
Tasa de consulta	6,03	4,26	3,56	8,59	3,75	2,00
total honorarios	\$34.320,00	\$14.400,00	\$15.000,00	\$9.000,00	\$6.900,00	\$11.600,00
valor consulta	165	\$146,94	\$156,25	\$123,29	\$153,33	\$200,00
Cardiología						
	Enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio
pacientes atendidos	190	154	121	106	131	72
horas trabajadas	26	27	32	31,5	31	25
Tasa de consulta	7,31	5,70	3,78	3,37	4,23	2,88
total honorarios consulta	\$31.350,00	\$20.800,00	\$18.500,00	\$16.900,00	\$19.300,00	\$12.200,00
valor consulta	\$165,00	\$135,00	\$152,89	\$159,43	\$147,33	\$169,44

Discusión

La implementación del modelo de gestión planteado para el centro médico, sustentándose en la misión y visión desarrolladas como estrategia a seguir, se puso como meta brindar un servicio de calidad a los usuarios ofreciéndoles una mayor accesibilidad en el orden institucional, consultas con una duración de tiempo adecuada para poder contener al paciente, y a su vez ser eficientes a la hora de evaluar los costos del servicio.

El recurso humano

Para su puesta en práctica, se requirió de una modificación organizacional, planteada como base en una fuerte mirada en el modelo de la atención primaria de la salud como la puerta de entrada al servicio.

Por otra parte, se aplicó como herramienta para lograr la eficiencia la implementación de una nueva modalidad de pago de los honorarios profesionales de los médicos pertenecientes al primer nivel de atención y cardiólogos, combinando las horas trabajadas y consultas atendidas.

Bajo una mirada puesta en lograr un orden estructural de la organización con su base en un modelo centrado en la atención primaria como puerta de entrada al sistema, debió tomarse en consideración que la gestión del recurso humano tiene que ser apreciada como función esencial de la gestión integral en los servicios de salud.

Esto motivó que se tomara en cuenta la disponibilidad de profesionales que pudieran cubrir las necesidades planteadas para la contención de la demanda, lo que implicó un análisis del recurso disponible y las incorporaciones que se mostraban indispensables para fortalecer el primer nivel de atención, obedeciendo a la orientación de los procesos productivos hacia una mayor eficiencia.

De esta manera, a través la gestión de los recursos disponibles, enfocados en su utilización y disposición del modo más racional posible, considerando que las instituciones muestran un permanente dinamismo y evolución buscando poder alcanzar la eficiencia y la eficacia, (Quintana, 2000) se consideró al recurso humano uno de los puntos de principal interés en la búsqueda del logro de los objetivos planteados como meta seguir.

La adecuada reorganización del recurso humano constituye un elemento esencial en los servicios de salud y resulta en un factor decisivo en el desarrollo de los procesos, dando la principal ventaja competitiva a los servicio (Quintana, 2000).

Es por este motivo que el número total de los profesionales que disponía el centro médico al comienzo de la gestión durante el mes de enero fue modificándose mediante la incorporación de nuevos profesionales a la grilla ofertada con motivo de poder cubrir las necesidades que fueran planteadas por la misión y visión desarrollada.

Esta situación explica el reclutamiento de nuevos médicos con un perfil ajustado a las necesidades del centro asistencial mostrando una fuerte mirada en la atención primaria de la salud como puerta de entrada al sistema, como estrategia para garantizar el acceso equitativo a los servicios esenciales. (Ancos& de Ancos, 1999)

Es importante tomar en consideración que la atención primaria, vista como puerta de entrada al sistema de salud, está asociada con menores costos de atención, mayor satisfacción de la población con sus servicios sanitarios, mejores indicadores de salud y menor uso de medicamentos. (Ortún V., N.d.)

El principal argumento que sustenta este supuesto es que este nivel de atención tiene la potencialidad de proveer el cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el curso de vida. Además, es un recurso que permite el desarrollo de redes con otros niveles de atención, teniendo la posibilidad de desarrollar los vínculos más profundos con las personas, las familias, la comunidad, y con el resto de los sectores, facilitando así la participación social y la acción intersectorial. ("Website," n.d. - e)

Del análisis de los resultados obtenidos es posible observar el claro desplazamiento de las especialidades médicas específicas por médicos del primer nivel con un alto grado de contención de los pacientes y una mirada integral de la problemática en salud, en relación a la atención exclusiva de la patología de un órgano enfermo, en la búsqueda de una relación médico paciente que contenga a la persona que busca ser escuchada sobre elproblema de salud que lo aqueja.(Maglio F., 2012)

De esta manera se tomó a los médicos del primer nivel de atención no sólo como puerta de entrada al sistema, sino que también por el alto grado de experiencia en el manejo de la patología frecuente, e indicando el concepto aplicado en el aporte científico técnico concerniente a las necesidades de la institución.

Más allá de esto, a pesar que desde la gestión se seleccione el personal considerado óptimo para el cumplimiento de la misión y visión, es importante destacar un carácter distintivo que presenta el recurso humano, que una vez que es reclutado y seleccionado tomando en cuenta los objetivos y el motivo por el cual son incorporados, las personas tienen sus objetivos personales que luchan por alcanzar, y muchas veces se valen de las organizaciones para lograrlo, situación que demanda una continua adaptación para satisfacer sus necesidades y mantener un equilibrio emocional.(Chiavenato, 2018)

De esta manera, debe considerarse que en la contratación de los profesionales, a pesar que su orientación sea hacia el primer nivel de atención, existe la posibilidad del riesgo moral asociado con un comportamiento oportunista, donde la aparición de información asimétrica constituye un factor determinante para la ocurrencia del mismo.

Considerando los riesgos planteados por el comportamiento oportunista, para la gestión del recurso humano se tomó en cuenta los riesgos de la selección adversa en la incorporación de los profesionales, y el modelo de pago mixto implementado mostró una importante contención logrando el cumplimiento del horario pautado en la contratación y un tiempo adecuado para la atención de los pacientes.

No obstante, a pesar que los resultados obtenidos fueron satisfactorios en relación a la disponibilidad horaria de los profesionales y la tasa de consulta adecuada según los lineamientos planteados para el presente trabajo de investigación, la reciente incorporación de los profesionales al centro asistencial no resulta suficiente en el tiempo para evaluar el comportamiento a largo plazo de los médicos que pueden adoptar conductas oportunistas.

La dinámica aplicada para la incorporación de nuevos profesionales, y los cambios en la modalidad de pago de honorarios planteados por la gestión, fue el desencadenante que solo tres profesionales tomaran la decisión de abandonar el centro médico alegando motivos personales, descontando los dos casos que se desvincularon por edad jubilatoria.

Resulta de importancia aclarar en este apartado, que las desvinculaciones han sido por propia decisión de los profesionales, y no por indicación de la gestión. De esta manera, la adopción de esta decisión personal no demandó costo alguno para la institución por pago de indemnizaciones.

Respecto a la selección profesional para la incorporación de los especialistas, fue mediante la contratación de médicos generalistas, pediatras y ginecólogos, que se buscó cumplir con el objetivo planteado por reforzar la accesibilidad al centro médico evitando la inmediata consulta al médico súper especializado. (Adaury et al., 2013)

Los médicos del primer nivel de atención ofrecen el seguimiento de problemas concretos de salud otorgándole continuidad y la contención de las personas, a quienes las afectarán a lo largo de la vida relacionándose en forma directa a la longitudinalidad propia de la atención primaria, permitiéndoles llevar a cabo promoción y prevención, suponiendo importantes ganancias de eficiencia. (Ortún V. &Gérvás J., 1996)

El análisis de los resultados muestra en forma sorprendente, que mas allá que la incorporación de los profesionales disponibles fue realizado gradualmente durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio, siempre el equilibrio del número de consultas realizadas en el centro médico están dirigidas hacia el primer nivel de atención.

El porcentaje de consultas a las especialidades del primer nivel de atención siempre fue elevado, incluso en los meses que aún se contaba con menor número de profesionales en el centro asistencial, situación que puede reflejarse a su vez en una alta tasa de consulta al análisis de los resultados brindados por los indicadores para dichos médicos.

Esta situación muestra a las claras la búsqueda por parte de los usuarios del centro asistencial de la contención brindada por los profesionales en el marco de un primer nivel de atención.

En este sentido, los pacientes intentan encontrar la contención brindada por estos médicos, y esto tiene su explicación en que la sociedad actual, más allá de estar caracterizada por una total despersonalización en el ámbito de la medicina, no logra acostumbrarse a tener que perder a su médico de familia o de cabecera, con el cual históricamente se mantenían lazos de amistad y de admiración por la entrega que les caracterizaba, encontrándose con la barrera

condicionada por el proceso evolutivo del profesional de la salud, quien con una alta frecuencia prefiere la tecnología en vez de conversar y diagnosticar una enfermedad mediante la semiología a fin de ofrecerle un tratamiento más integral que respete la condición humana. Es evidente que las personas siguen buscando poder identificarse con un profesional que las escuche y abrace. (LizarasoCaparó& Ruiz Mori, 2016)

Duración de la consulta

La duración de la consulta tiene una alta relevancia en el tiempo dedicado a la escucha y contención del paciente, y es parte integral de la calidad de la atención brindada a los usuarios.

Poder brindar un servicio contenedor, que permita una relación médico – paciente centrada en la promoción y prevención en salud, otorgando continuidad y seguimiento longitudinal, requiere la asignación de un tiempo adecuado para poder efectuarlo en el ámbito del consultorio.

Es algo en común que la percepción del tiempo de interacción durante la consulta médica sea breve, lo cual permea en la relación médico-paciente, perpetuando un ciclo de insatisfacción-tensión-ansiedad en los actores intervinientes.(Rodríguez Torres, Jarillo Soto, & Casas Patio, 2018).

Más allá de esto, existen estudios efectuados que muestran que son los médicos pertenecientes al primer nivel de atención quienes más tiempo le dedican a la consulta médica en relación al resto de los especialistas.

En este trabajo de investigación, es altamente llamativa la evolución presentada por la tasa de consulta de pediatría, cuyas cifras mostraron una clara evidencia en la diferencia originada por los cambios en la modalidad de pago, entre la inicial que fuera por prestación y la consecuente con la incorporación de nuevos profesionales asociada al cambio por honorarios mixtos.

En el mes de enero, cuando el pago era solo por prestación, la duración de las consultas fue aproximadamente de 6 minutos por paciente, en el mes de febrero sus valores fueron cercanos a los 10 minutos por paciente y luego, mediante la incorporación de profesionales y

sus correspondientes horas asistenciales, y a su vez modificando el sistema de pago profesional al modelo mixto, se logró reducir la tasa de consulta, permitiendo la duración por consulta a 25 minutos por paciente en el mes de junio, situación que afectó tanto a los nuevos profesionales como a los que previamente trabajaban en la institución.

Según es manifestado en la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) la consulta médica en pediatría muestra una aproximación a los 30 minutos de duración y de esta manera el tiempo asignado para su desarrollo en el mes de junio mostró una aproximación a este ideal. (Gleich S., 2017)

Respecto a la especialidad de clínica médica y medicina general, los cambios en la tasa de consulta también resultaron contundentes en forma gradual según la incorporación de nuevos profesionales y aumento de las horas disponibles para la atención, junto a la aplicación de la nueva modalidad de pago a los profesionales.

De los resultados obtenidos, en la especialidad medicina general, es importante considerar que la oferta de horas médicas disponibles para la atención fue acompañada por la demanda de los usuarios, situación que respalda la incorporación de los profesionales que se han realizado, brindando a la consulta médica con una duración de tiempo estipulado como adecuado.

Varios estudios sugieren que en clínica médica y medicina general las consultas deberían tener una duración mínima relativa de 20 min para satisfacer a los usuarios y cumplir con los estándares de calidad asistencial. (Outomuro D. & Actis A., 2013)

La disponibilidad de mayor tiempo de consulta reduciría los pedidos de estudios complementarios y tratamientos innecesarios por dar lugar a un examen clínico con una adecuada anamnesis y un correcto examen físico.

El aumento en la tasa de consulta en medicina general pasando de menos de 2 consultas por hora a una consulta de 25 minutos de duración es un claro indicador del objetivo principal de la gestión de lograr una alta contención de la demanda por estos profesionales aportándole a la consulta el tiempo adecuado para la atención de la patología frecuente.

Para la especialidad de clínica médica, donde no se modificó el número de profesionales, la tasa de consulta se mantuvo siempre próxima a las 4 consultas por hora, brindándoles a los usuarios una atención con una duración cercana a los 15 minutos. Solo en el mes de Junio, donde se retira por jubilación uno de los profesionales, la tasa de consulta cae a un valor de 2 pacientes por hora, más allá de mantenerse la cantidad de especialistas disponibles. La conducta adoptada por la gestión del centro médico fue esperar el retiro del profesional por edad jubilatoria para evaluar los requerimientos del servicio para la especialidad, y es por este motivo que no fueron aplicados cambios sustanciales en cantidad de médicos y horas de atención para clínica médica, situación puesta en evidencia por los resultados alcanzados.

Bajo el análisis de la evolución presentada por los resultados obtenidos para el desempeño en ginecología, se observó una caída notoria en la tasa de consulta, situación que estaría vinculada a una menor recitación de las pacientes y una mayor contención aportada por los médicos generalistas de usuarias que previamente recurrían por problemas de salud no concernientes a la especialidad en cuestión.

Esta reducción en la tasa de consulta se asoció en esta especialidad con duraciones de consultas superiores a los 30 minutos lo cual resulta en un claro indicador que la oferta superó notoriamente la demanda por los usuarios.

En el caso particular de la especialidad cardiología, única no comprendida dentro del primer nivel de atención en que se modificó la modalidad de pago, si bien mejoraron los tiempos de duración de la consulta, debe aclararse que esta especialidad dispone del incentivo otorgado por la realización de estudios complementarios como ser el electrocardiograma donde permanecen cobrando por la práctica realizada, situación que motiva la citación de pacientes.

Por este motivo, se produce un conflicto de intereses, donde a pesar de contar con la modificación de la modalidad de pago al sistema mixto, siguieron percibiendo un monto fijo de dinero por práctica, y esto continuó otorgando resultados financieros positivos para el profesional. (Doval H., 2008)

De esta manera, luego del análisis realizado, se pone en evidencia que la accesibilidad al centro médico mejoró ostensiblemente, permitiendo mediante una mayor disponibilidad de profesionales y horas médicas, una contención adecuada de la demanda, otorgándole a la

consulta médica el tiempo requerido para brindar escucha, continuidad y posibilidad de seguimiento longitudinal, habilitando a los profesionales para efectuar promoción y prevención en salud.

En lo concerniente al resto de las especialidades que permanecieron fuera del nuevo sistema de pago de honorarios, no mostraron diferencias respecto al número de consultas efectuadas por hora, permaneciendo en ellas la incorporación de pacientes para su atención con motivo de aumentar sus ingresos económicos, situación que a las claras manifiesta el comportamiento del sistema de pago por prestación.

La oferta y demanda como determinantes de la incorporación de horas profesionales

Tal como se viene tratando en este apartado, en la búsqueda de modificar el servicio hacia un modelo centrado en un primer nivel de atención que resulte contenedor de la demanda de los usuarios del centro médico, fue necesario plantearse la incorporación de nuevos profesionales y sumar horas de atención en las distintas especialidades que lo componen.

Determinar el número de profesionales y horas de atención requeridos por el centro médico no pueden dejarse libradas al azar, sino que la modificación en el modelo de gestión requiere de un cuidadoso análisis de la oferta de horas de atención, junto a la cantidad demanda por los usuarios del servicio.

Por este motivo corresponde en este apartado definir la manera en que fue interpretada la oferta y demanda, donde la oferta se encontró determinada por la cantidad de horas disponibles en forma mensual para la atención por las especialidades del primer nivel en el centro médico, mientras que la demanda fue determinada por la cantidad de horas que hubieran sido requeridas para alcanzar la atención de 3 pacientes por hora según el número de usuarios que concurrieron al servicio.

De esta manera la oferta y la demanda para cada una de las especialidades del primer nivel de atención fueron diferentes, y es en la presente discusión, luego de la interpretación en forma global del comportamiento del conjunto de especialidades, que se considera clave el

desglose de cada una de ellas para poder interpretar cuáles fueron los supuestos que motivaron la incorporación de horas de atención junto a la incorporación de nuevos profesionales.

Al llevar a cabo el análisis del primer nivel de atención en forma integral, debe considerarse el sesgo que implica el comportamiento individual de cada una de las especialidades que la componen, ya que el mismo es diferente según sus requerimientos, y esto repercutió directamente en los resultados obtenidos para el indicador global.

Comenzando con el análisis del comportamiento del primer nivel de atención en su conjunto, se procede a realizar una comparativa entre la oferta de horas médicas mensuales disponibles, en relación a la demanda originada por la cantidad requerida por los usuarios que concurrieron al centro asistencial.

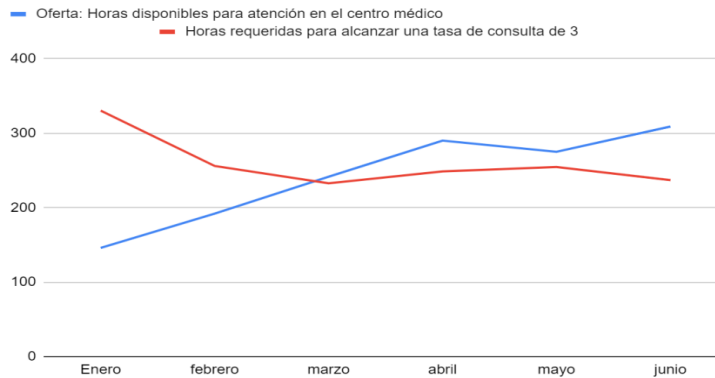
Tabla n° 23: relación de las horas trabajadas respecto a las que serían requeridas para cubrir la cantidad de 3 pacientes por hora de atención centro médico.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	mayo	Junio
<u>Oferta:</u> Horas disponibles para atención en el centro médico	146	192	241,5	290	275	309
<u>Demanda:</u> Horas requeridas para alcanzar una tasa de consulta de 3	330,33	256,00	232,67	248,67	254,67	237,00
Pacientes atendidos	991	768	698	746	764	711

Fuente de elaboración propia

La expresión gráfica resulta demostrativa de los efectos producidos en la oferta y demanda a medida que han sido incorporando los cambios en el centro médico.

Gráfico n° 12: horas trabajadas y cantidad de horas requeridas según cantidad de pacientes atendidos para lograr una tasa de consulta de 3 en centro médico.



Fuente de elaboración propia

De lo previamente presentado puede observarse claramente como en las especialidades del primer nivel de atención, la cantidad de horas disponibles fue modificándose ante la aplicación gradual de la nueva modalidad de pago e incorporación de nuevos profesionales, llevando a que la oferta supere a la demanda, con una consiguiente reducción de la tasa de consulta.

Tabla n° 24: Tasa de consulta de las especialidades del primer nivel de atención en conjunto

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
tasa consulta primer nivel de atención	6,79	4,00	2,89	2,57	2,78	2,30

Fuente de elaboración propia

Así, en el mes de enero, donde la demanda de horas por la cantidad de pacientes que fueron atendidos duplicó a la oferta, esto se vio reflejado en una tasa de consulta de 6,79 extremadamente elevada, situación se fue invirtiendo gradualmente en marzo, donde la oferta y demanda mostraron una aproximación llegando al punto de equilibrio, lo que se reflejó en una tasa de consulta cercana al ideal de 3 paciente por hora, y posteriormente fue la oferta quien superó a la demanda mostrando una tasa de consulta con un valor de 2,30.

Resulta de interés considerar la posibilidad de tomar al indicador presentado por la tasa de consulta como reflejo sensible para el seguimiento de la oferta y demanda por los usuarios del servicio y la necesidad de incorporación de los profesionales y horas de atención, comportándose como medida de resumen para toma de decisiones por la gestión.

A pesar que la tasa de consulta general impresiona relativamente baja para la totalidad del primer nivel de atención, es de destacar que la duración de las consultas se aproximan a los 25 minutos por paciente, encontrándose próxima a los estándares manifestados por la bibliografía, y esta situación, muestra notables mejoras en la tasa de consulta en algunas de las especialidades del primer nivel presentaban en algunos casos una tasa de consulta extremadamente alta reflejada en una alta demanda por los pacientes, teniendo una repercusión directa en los tiempos de escucha y examen físico.

Medicina general fue una especialidad completamente relegada en el centro médico previo a los cambios implementados.

De esta manera, al mes de enero solo se contaba con un especialista que mostraba una extremadamente baja tasa de consulta y una falta de presencia de la especialidad que a su vez condicionaba el cobro de reducidos honorarios médicos.

La posterior aplicación de la modalidad de pago mixto, con la consecuente incorporación de horas junto a nuevos profesionales, permitió un incremento en la oferta de horas para la atención.

Resulta importante destacar que siempre la oferta de horas de atención contuvo la demanda por los usuarios, de manera que oferta y demanda se han incrementado en forma paralela.

Tabla n° 24: relación de las horas trabajadas a las que serían requeridas para cubrir la cantidad de 3 pacientes por hora de atención medicina general

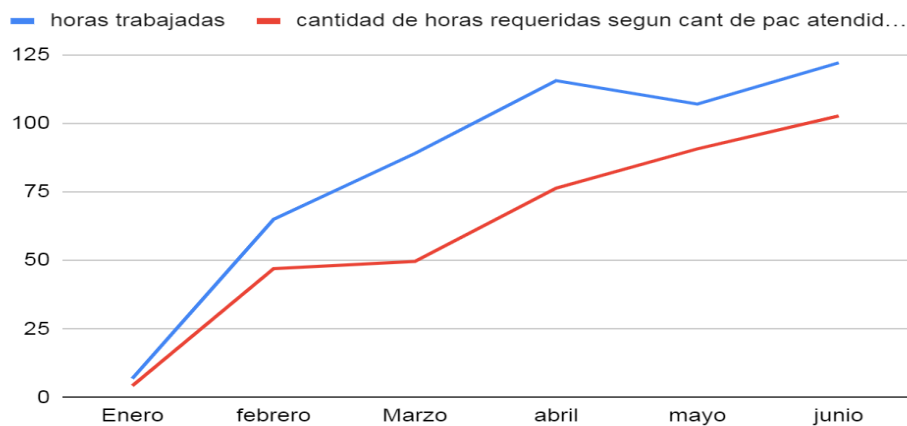
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Horas trabajadas	7:00	65:00	89:00	115:50	107:00	122:00
Horas requeridas para alcanzar una tasa de consulta de 3	4:33	47:00	49:67	76:33	90:67	102:67
Pacientes atendidos	13	141	149	229	272	308

Fuente de elaboración propia

Es puesto de manifiesto como fue el incremento mes a mes de la cantidad de pacientes que fueron atendidos por medicina general, aumento que fue acompañado por la incorporación de horas médicas, de manera que la oferta fue acompañada de la demanda.

La representación gráfica pone en clara evidencia que siempre la cantidad de horas ofertadas superó a la cantidad de horas requeridas para cubrir la demanda que se hubiera presentado con una tasa de consulta de 3, pero que el incremento de las horas ofertadas en el centro médico acompañó en espejo a las demandadas para la atención.

Gráfico n° 13: relación entre horas trabajadas y cantidad de horas requeridas según la cantidad de pacientes atendidos para obtener una tasa de consulta de 3Med. General.



Fuente de elaboración propia

Esta situación respalda la incorporación de horas médicas para esta especialidad, respetando la oferta y la demanda, presentando una tendencia a la meseta, situación que demostraría que no se requería de una mayor incorporación de horas profesionales, permitiendo observar el comportamiento de la demanda hasta llegar al punto de equilibrio.

Retomando a la tasa de consulta como indicador sensible para evaluación del desempeño por la especialidad, se constata una mejora importante en los resultados obtenidos, y responde satisfactoriamente a la incorporación de los profesionales para dicha especialidad.

Tabla n° 25: Tasa de consulta medicina general

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1,86	0,51	1,67	1,98	2,54	2,52

Fuente de elaboración propia

En la especialidad de pediatría se estipula la duración para la consulta cercana a los 30 minutos por paciente. Esto motiva que la tasa de consulta esperada sea de un valor próximo a 2, resultando menor que la demandada para medicina general y clínica médica.

De esta manera, el cuadro presentado a continuación muestra la cantidad real de horas médicas de atención que se hubieran requerido para cumplir con los requisitos planteados para la cantidad de pacientes atendidos considerando una duración adecuada para la consulta cumplimentada por una tasa de consulta cercana a 2.

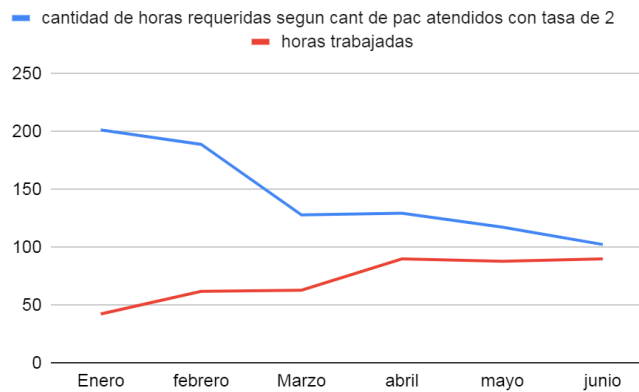
Tabla n° 26: relación de las horas trabajadas a las que serían requeridas para cubrir la cantidad de 2 pacientes por hora de atención pediatría

	Enero	febrero	Marzo	abril	Mayo	junio
Oferta: Horas trabajadas	42,5	62	63	90	88	90
Demanda: Horas requeridas para alcanzar una tasa de consulta de 2	201,50	189,00	128,00	129,50	117,50	102,50
Pacientes atendidos	403	378	256	259	235	205

Fuente de elaboración propia

De esta manera, la comparación de la oferta y demanda, pone en evidencia que existía una carencia importante en la cantidad de horas para la especialidad, mostrando una aproximación entre las horas prestadas y requeridas recién hacia el mes de junio, siendo la representación gráfica ilustrativa de esta situación.

Gráfico n° 14: relación de horas trabajadas y cantidad de horas requeridas para llegar a una tasa de consulta de 2 en pediatría.



Fuente de elaboración propia

Continuando con el análisis del cuadro referente a pediatría, es llamativo como la cantidad de pacientes atendidos fue disminuyendo durante el transcurso del estudio, siendo que en enero duplicaba a la cantidad que fuera atendida en junio.

Uno de los causales de esta situación tendría relación directa con la incorporación de la modalidad de pago mixto, donde el incentivo económico ocasionado por recitar pacientes y sumarlos para engrosar la grilla diaria dejó de ser atractivo para los profesionales.

Por otra parte, los médicos especialistas en medicina general captaron pacientes pediátricos con cuadros frecuentes a sus listas de paciente, descomprimiendo la demanda para la especialidad.

De esta manera la tasa de consulta muestra una aproximación a la sugerida por la Sociedad Argentina de Pediatría, permitiendo brindar una atención de mayor calidad para los usuarios del centro médico.

Tabla n° 27: Tasa de consulta para Pediatría

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
9,48	6,10	4,06	2,88	2,67	2,28

Fuente de elaboración propia

Ginecología mostró importantes cambios en cuanto a su plantilla de profesionales, y esto impactó directamente en la tasa de consulta para esta especialidad, que no obstante estas modificaciones permanecieron con muy poco cambio respecto a su disponibilidad horaria.

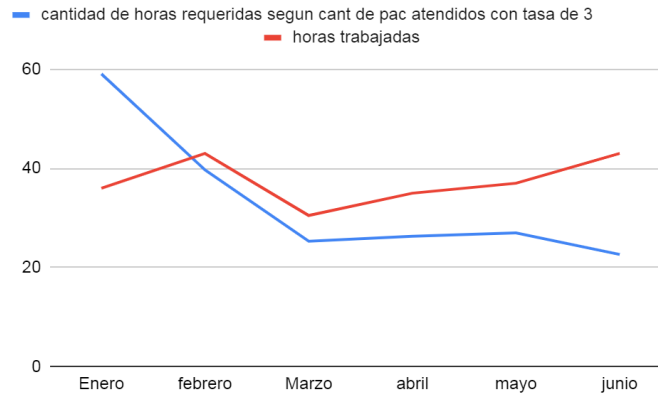
Tabla n° 28: relación de las horas trabajadas a las que serían requeridas para cubrir la cantidad de 3 pacientes por hora de atención en ginecología.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Oferta: Horas trabajadas	59,00	39,67	25,33	26,33	27,00	22,67
Demanda: Horas requeridas para alcanzar una tasa de consulta de 3	36	43	30,5	35	37	43
Pacientes atendidos	177	119	76	79	81	68

Fuente de elaboración propia

Recurriendo al análisis de la cantidad de horas profesionales disponibles en relación a las que se hubieran requerido según la cantidad de pacientes que concurrieron al servicio para cubrir la cantidad de 3 consultas por hora, es puesto en evidencia que la cantidad de horas ofertadas superaron a las requeridas desde el mes de Marzo, habiendo encontrado su punto de equilibrio en Febrero.

Gráfico n° 15: relación de horas trabajadas y cantidad de horas requeridas para llegar a una tasa de consulta de 3 en ginecología



Fuente de elaboración propia

La expresión gráfica de esta situación pone en evidencia como la cantidad de horas trabajadas superó notablemente a las requeridas para una tasa de consulta de 3 pacientes por hora, mostrando evidencia que la oferta de horas para la especialidad supero enormemente la demandada.

Tabla n° 29: Tasa de consulta en ginecología

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
4,92	2,77	2,49	2,26	2,19	1,58

Fuente de elaboración propia

La simple mirada de los valores de la tasa de consulta obtenida por la especialidad resulta suficientemente sensible como para la interpretación del desempeño mostrado por la especialidad, dejando en evidencia que existe un exceso en la oferta de horas médicas, siendo la especialidad que mayormente afecta el resultado de los indicadores generales para el primer nivel de atención, no requiriéndose una mayor incorporación de horas profesionales, sugiriéndose contemplar cómo evolucionan los indicadores en el tiempo.

La eficiencia de la combinación del pago mixto por hora y por consulta

Habiéndose completado la interpretación de cómo se han ido produciendo los cambios en el centro médico mediante la incorporación de profesionales y horas médicas en las especialidades del primer nivel de atención, junto con la evolución de la tasa de consulta y los tiempos brindados a la atención de los pacientes, corresponde llevar a cabo un análisis de cómo la implementación de la nueva modalidad de pago colaboró para la mejora en el desempeño de las especialidades en cuestión.

Es sabido que las necesidades son infinitas y los recursos económicos son limitados (Gregory Mankiw, 2007), y es por ello que resulta indispensable el análisis de cómo han sido asignados para lograr las modificaciones planteadas sin afectarlos en forma sustancial.

Como reflejo de la eficiencia, ante la aplicación de la nueva modalidad de gestión centrada en la atención primaria de la salud y la nueva modalidad de pago mixto en las especialidades que la componen, resultó sorprendente como los costos del centro médico se han ido reduciendo, situación que sería impensada en otras modalidades de pago, donde la incorporación de nuevos profesionales y la adición de horas médicas producirían aumentos en los mismos.

Para poder comprender como pudieron administrarse los recursos económicos del centro médico en lo referente a los honorarios profesionales, resulta de utilidad interpretar el efecto inducido por la nueva modalidad de pago aplicada en este trabajo de investigación, mediante un análisis comparativo entre un modelo mixto que combine horas trabajadas y consultas atendidas respecto a la modalidad por pago por prestación, que fuera el modelo que se aplicaba históricamente en el centro médico estudiado.

Resulta sencillo interpretar el comportamiento de los honorarios en el pago por prestación, donde el aumento del valor a percibir está directamente relacionado a la cantidad de consultas atendidas en una hora de consultorio.

De esta manera, considerando que para el presente trabajo de investigación el valor de la consulta en el modelo por prestación es de \$165, el monto a cobrar por el profesional es a partir de la sumatoria de ese valor según el número de consultas atendidas.

En el modelo de pago mixto puesto en práctica, la diferencia sustancial es que el profesional parte de una base fija de dinero por hora de trabajo, que en este caso es de \$200 por hora asistencial, sobre la cual estará sumando por cada paciente atendido un monto de \$100.

En este último caso, el comportamiento del monto a percibir por el profesional no será fijo, sino que varía según la cantidad de pacientes atendidos en una hora, situación que determina que el valor relativo por cada consulta médica atendida será completamente diferente.

Tabla nº 30: monto a percibir por hora según modelo aplicado y cantidad de pacientes atendidos

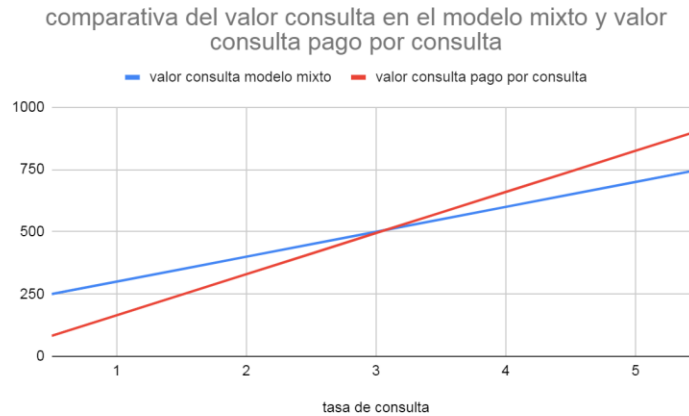
	Cantidad de pacientes			
	1	2	3	4
valor consulta modelo mixto (\$200 la hora + \$100 la consulta)	\$300	\$400	\$500	\$600
valor consulta pago por prestación (\$165)	\$165	\$330	\$495	\$660

Fuente de elaboración propia

De esta manera, el profesional que cobra según la modalidad mixta, el valor relativo de cada consulta no resultará de una simple sumatoria y su comportamiento resulta diferente.

La representación gráfica de la comparativa de ambos modelos clarifica el comportamiento adoptado por el valor relativo de cada consulta en el modelo mixto aplicado y como es su comportamiento frente al modelo por prestación.

Gráfico n° 16: comparativa del valor de la consulta en el modelo de pago mixto respecto al obtenido por prestación.



Fuente de elaboración propia

La curva muestra claramente como el valor de la consulta en el pago mixto es mayor cuando la cantidad de consultas resulta menor que 3 pacientes en una hora, pero luego de ese número es superada por el modelo por prestación.

Así, en el modelo por pago mixto, el profesional que atienda un número de consultas menor a 3 pacientes en una hora estará recibiendo, en forma comparativa respecto al pago por prestación, un valor mayor por la consulta atendida, simplemente por el hecho de cobrar el valor de la hora como base.

Por el contrario, en el momento que se supere la cantidad de 3 consultas en la hora, el monto relativo a percibir por consulta será menor al correspondiente al pago por prestación. Así a la cuarta consulta recibirá un monto 9% menor en relación del valor planteado por prestación, y a la quinta consulta un relativo menor del 15%.

Tabla n° 31: valor relativo de la consulta según cantidad de pacientes atendidos en modelo mixto de pago

Nº de consultas	1	2	3	4	5
valor relativo de la consulta	\$300	\$200	\$165	\$150	\$140

Fuente de elaboración propia

Como fuera determinado por la fórmula utilizada para la ejecución del cálculo respectivo del valor a considerar para la hora de atención y la consulta en el modelo mixto, tomando para su base al valor consulta del modelo por prestación, muestra evidencia que el punto de equilibrio donde se encuentran ambos modelos es el de 3 consultas por hora, habiéndose tomado para su determinación la referencia bibliografía que fuera citada en el marco teórico para el total del centro médico.

De esta manera, según la modalidad de pago que se decida adoptar, el comportamiento de los médicos será diferente.

El incentivo que tienen los profesionales que solo cobran por número de consultas atendidas es a la clara poder incluir un número cada vez mayor de pacientes a su grilla horaria para lograr un aumento en los honorarios a percibir, mientras que por el contrario, en el modelo mixto, superadas las 3 consultas atendidas el incentivo económico es menor, ya que a mayor número de consultas el valor relativo de la consulta tiende a disminuir.

Este es el motivo por el cual los profesionales que perciben un pago de honorarios mixtos tenderían a brindar más tiempo a la atención de cada uno de los pacientes que consultan, pero se diferencia de lo que sucede en los casos de solo cobro de honorarios por salario, donde los trabajadores suelen disminuir al mínimo su actividad laboral, ya que en la modalidad mixta requieren de sumar cierta cantidad de pacientes a su lista de atención para de esa manera lograr un honorario profesional adecuado.

Bibliografía:

- Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2015).** Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health*, Vol. 13. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0060-0>
- Aduy, M. H., Angulo, L. P., Sepúlveda, A. M. J., Sanhueza, X. A., Becerra, I. D., & Morales, J. V. (2013).** Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 33, pp. 223–229. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892013000300009>
- Adell, C. N., Echevarria, C. R., & Borrell Bentz, R. M. (2009).** Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 26, pp. 176–183. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009000800011>
- Ancos, J. G. de, & de Ancos, J. G. (1999).** Sueños y realidades del National Health Service británico. La atención primaria como puerta de acceso a los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 13, pp. 407–409. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(99\)71392-0](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(99)71392-0)
- Arredondo A, Meléndez V., (1992)** "Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis". *Salud Pública Mex.*; 34(1):36-49.
- Buglioli M., Gianneo O., Mieres G. (2002)** "Modalidades de pago de la atención médica" *RevMed Uruguay*; 18: 198-210
- Cabañas R. (1994),** "Evaluación de la atención de la salud", *Revista médica Hondureña*, Vol 62, pp. 25-29
- Calidad y origen de los Modelos de Acreditación. (2019).** Retrieved December 26, from *Calidad y origen de los Modelos de Acreditación website*: <http://www.ubicue.es/apuntes/calidad-y-origen-de-los-modelos-de-acreditacion>

-Camargo García S., Cortés Bermeo A., Abreu-Flechas A., Suárez Rativa M., Jiménez Barbosa W., (2016), "Los incentivos y actores de los Sistemas de Salud de Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador "Rev. Univ. salud.;18(2):385-406.

-Canadian health services research foundation(2011), "Physician payment mechanisms: An overview of policy options for Canada", Ottawa, Canada <https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/hospital-funding-docs/CHSRF-LegerPhysicianRenumerationENG.pdf?sfvrsn=0>

-CarnotaLauzán, Orlando. (2017). El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia. Revista Cubana de Salud Pública, 43(4)http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662017000400008&lng=es&tlng=es.

-Cherchiglia, M. L., Girardi, S. N., de Castro Vieira, R., de Aguiar Marques, R. B., da Rocha, P. -M. W., & Pereira, L. A. C. (1998). Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 4. <https://doi.org/10.1590/s1020-49891998000800007>

-Chiavenato, I. (2018). *Administración de recursos humanos.* El "escuchatorio" en la relación médico-paciente - Artículos - IntraMed. (n.d.). Retrieved November 27, 2019, from <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoid=74516>

-Devlin, R. A., &Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1168–1181.

-Donabedian, A. (1974). *Concepts of Health Care Quality: A Perspective.* National Academies.

-Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, Vol. 83, pp. 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

-Doval H. (2008). El profesionalismo médico y las prácticas con la industria que crean conflictos de intereses. *Revista Argentina de Cardiología*, vol. 76, núm. 5, pp. 417-4

- Etchebarne L. (2001)** "Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención". Temas de Medicina Preventiva y Social. Montevideo, Fefmur. p. 75-82.
- Fernández Busso N., (2008)**, "La calidad de la atención médica" Medicina y Sociedad Revista Trimestral - ISSN 1669-7782 Año 28, Nº 2
- Figueiras, A., Caamaño, F., & Gestal Otero, J. J. (1997)**. Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 11, pp. 297-300. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(97\)71310-4](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(97)71310-4)
- García, M. I. Á. (2014)**. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horizonte Sanitario*, Vol. 9, p. 9. <https://doi.org/10.19136/hs.v9i1.158>
- Gleich S. (2017)**. Atender al paciente de la misma manera como quisiera ser atendido. Noticias Metropolitanas XXIII; Diciembre 2017:70, 17-21
- Gómez-Rojas J., (2015)** "Las competencias profesionales", revista mexicana de anestesiología, ARTÍCULO DE REVISIÓN Vol. 38. No. 1 pp 49-55)
- Gosden T. , Pedersen L., Torgerson D. (1999)** "How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior" *QJM: An International Journal of Medicine*, Vol. 92, Nº 1, p. 47-55
- Gregory Mankiw, N. (2007)**. *Principios de economía/ Principles Of Economics*.
- Halvorsen, P. A., Steinert, S., & Aaraas, I. J. (2012)**. Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 30, pp. 229-233. <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.711191>

-**Henrique, F., & Calvo, M. C. M. (2008)**. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 24, pp. 809–819. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000400011>

-**Herrera, M. C., Rodríguez, J. C., López, R. G., Abreu, R. M., González, A. M. G., & Casulo, J. C. (2002)**. La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 12, pp. 359–365. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002001100014>

-**Hurtado Hoyo E., Galmés M., Iraola N., Dolcini H., Yansenson J., Gutiérrez Zaldivar H., (2009)** “Remuneraciones profesionales médicas”, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 122, Número 2.

-**LizarasoCaparó, F., & Ruiz Mori, E. (2016)**. Humanizar la profesión médica Humanizethe medical profession. *HorizonsMedicaux*, 16(4), 4–5.

-**Maceira D. - Urrutia M (2013)** “Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del sistema de salud de Neuquén”, *Estud. Econ.* vol.30 no.60 Bahía Blanca

-**Macinko, J., Montenegro, H., Adell, C. N., & Etienne, C. (2007)**. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 21. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892007000200003>

-**Maglio F. (2012)**. El escuchatorio en la relación médico paciente. *Intramed*. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=74516>

-**Milina-Garduza L., Rivera-Barragán M. (2012)**, “Percepción del cliente interno y externo sobre la calidad de los servicios en el Hospital General de Cárdenas, Tabasco, 2011.” *Salud en Tabasco* Vol. 18, No. 2

-**Narro-Robles, J. (2004)**. III. La herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gaceta médica de México*, 140(1), 52-55.

-**OMS**, sitios web mundial, <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

-**OMS (2008)**, "La atención Primaria de la salud, más necesaria que nunca", Resumen sobre la salud en el mundo 2008, https://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf?ua=1

-**OPS (2019)**, Sitio web., "Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar formulación de políticas", Lineamientos metodológicos
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_USAID_analisis_sector_salud_herramienta_formulacion_politicas.pdf

-**Oro, N. (n.d.)**. OPS/OMS Bolivia - Problemas inherentes al aseguramiento | OPS/OMS. Retrieved October 27, 2019, from Pan American Health Organization / World Health Organization website: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1291:problemas-inherentes-aseguramiento&Itemid=342

-**Ortún, V. (1990)** La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones. Barcelona: Euge-Ed; 1990; pp. 71-77 (Capítulo III). Disponible en: http://books.google.com.co/books/about/La_Econom%C3%ADa_en_Sanidad_y_Medicina.html?id=UH2CAAAACAAJ&redir_esc=y

-**Ortún, V. (2011)**. *La refundación de la Atención Primaria*. <https://doi.org/10.1007/978-84-938062-5-5>

-**Ortún, V. (n.d.)** La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario. Universidad de Pompeu Fabra. <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper27.pdf>

-**Ortún V. &Gérvas J. (1996)**. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *MedClin (Barc)*; 106: 97-102

-**Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013)**. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista Médica de Chile*, Vol. 141, pp. 361–366. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872013000300012>

-**Pedraza, D. F., & Costa, G. M. C. (2014)**. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, Vol. 13. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.170901>

-**Pérez, P. R. (2001)**. Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos. *Arbor*, 170(670), 371–381.

-**Phao (2003)** sitio web, “Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención” https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=273

-**Plata, E. A., & Plata, C. A. (2010)**. Los contratos, las asimetrías de la información en salud, el riesgo moral y la selección adversa. *Revista Escuela De Administración De Negocios*, (67), 5-20.

-**Prieto R, Moisés A, Zarate N. , Fuentes V., & Cuba M. (2013)**. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47. Recuperado en 04 de diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es&tlng=es.

-**Quintana P. (2000)** “Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral” *RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth* 8(1/2)

-**R, M. L. B., & Luz Bascuñán R, M. (2005)**. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, Vol. 133. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872005000100002>

-**Restrepo, J., & Rojas, K. (2016)**. La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*, (84), 209-242. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.le.n84a07>

-**Rodríguez, R. M. M., & Moreno Rodríguez, R. M. (2013)**. Ética y medicina en la obra de Galeno. *Dynamis*, Vol. 33, pp. 441–460. <https://doi.org/10.4321/s0211-95362013000200008>

-**Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C., & Casas Patiño, D. (2018)**. La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave*, 18(05). <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7264>

-**Rudmik, L., Wranik, D., & Rudisill-Michaelsen, C. (2014)**. Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, Vol. 43. <https://doi.org/10.1186/s40463-014-0034-6>

-**Sánchez-Torres D., 2017**, "Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 55, núm. 1

-**Sarma S., Devlin R. A., Belhadji B., Thind A. (2010)**. Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. *Health Policy*, Vol. 98, pp. 203–217. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.06.019>

-**Saturno Hernandez Pedro J., (2015)** "métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de Salud", instituto nacional de salud pública, primera edición, México http://spmediciones.mx/ebook/75001/free_download/

-**Saturno P. (2005)**, "Modelos de gestión de la calidad a la atención primaria. Opina la universidad". España. IV jornadas de calidad en atención primaria de Castilla y León 2005, Universidad de Murcia

-**Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005)**. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, pp. 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

-**Temporelli K., (2009)** "Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud" *Estud. Econ.* v.26 n.53 Bahía Blanca

-**Tobar F.; Rosenfeld N.; Reale A. (1998)**. "Modelos de pago en servicios de salud". *Cuadernos Médico Sociales* N° 74:39-52.

-**Urquiza, R. (2012)**. Satisfacción laboral y calidad del servicio de salud. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 65–69.

-**Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C., Sosa A. (2011)**. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Retrieved November 24, 2019

-**Villalba R. (2007)** "Calidad en la atención primaria de la Salud", *enfermería Global* nº10

-**Villanueva, H. (2001)**. Control permanente de la gestión sanitaria por monitoreo de costos mediante acontecimientos indicadores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 10, pp. 405–412. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892001001200006>

-**Website. (n.d.-a)**. Retrieved October 27, 2019, from Álvarez, J. S., & Soto Álvarez, J. (2007). Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *Anales de Medicina Interna*, Vol. 24. <https://doi.org/10.4321/s0212-71992007001100001>

-**Website. (n.d.-b)**. Retrieved October 27, 2019, from García, M. I. Á. (2014). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *HORIZONTE SANITARIO*, Vol. 9, p. 9. <https://doi.org/10.19136/hs.v9i1.158>

-**Website. (n.d.-c)**. Retrieved October 27, 2019, from *Calidad total en atención primaria de salud*. (2019) (n.d.). Retrieved October 6, from Google Books website:

https://books.google.com/books/about/Calidad_total_en_atenci%C3%B3n_primaria_de_s.html?hl=es&id=tSDtxOzvO-YC

-**Website. (n.d.-d).** Retrieved October 27, 2019, from Rodríguez, C. J. F. (2008). Management and Society in the Work of Peter Drucker. *Revista Internacional de Sociología*.
<https://doi.org/10.3989/ris.2008.i49.88>

-**Website. (n.d.- e.).** Redes, Otra manera de pensar la salud. Retrieved November 14, 2019, from http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000903cnt-anuario_2015_actualizado_2016.pdf

-**Website. (n.d.- f).** Análisis generalizado de costo-efectividad para establecer prioridades a nivel nacional en el sector de la salud. Retrieved November 20, 2019, from <http://www.resource-allocation.com/content/1/1/8>

-**Young, P., De Smith, V. H., Chambi, M. C., & Finn, B. C. (2011).** Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Médica de Chile*, Vol. 139, pp. 807–813.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872011000600017>

-**Yuan B, He L, Meng Q, Jia L, (2017)** "Payment methods for outpatient care facilities (Review)" *Cochrane Database SystRev*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28253540>

